

Bachelorarbeit

«Magnet Recognition Program» - ein Lösungsansatz zur
Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen in
Schweizer Akutkrankenhäusern?

Stähelin Elena
Matrikelnummer: 19645936

Galli Corina
Matrikelnummer: 19650415

Departement: Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF19dipl
Eingereicht am: 13.04.2021
Begleitende Lehrperson: Neff Franz

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhalt

Abstract.....	5
1. Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Folgen	2
1.3 Ursachen.....	2
1.4 Lösungsansätze.....	4
1.5 Forschungsfrage.....	5
1.6 Forschungsziel.....	6
1.7 Klärung zentraler Begriffe.....	6
1.8 Theoretischer Hintergrund.....	7
1.8.1 Grundlagen der Arbeitszufriedenheit.....	7
1.8.2 Entstehung des Magnet Recognition Program®.....	11
1.9 Theoretisches Modell	16
2. Methode	18
2.1 Recherche in den Datenbanken.....	18
2.2 Suchstrategie in den Datenbanken.....	18
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	20
2.4 Flowchart.....	22
2.5 Beurteilung der Studien	22
3. Resultate.....	23
3.1 Übersicht der Studien	24
3.2 Vergleich der Studienergebnisse	27
3.2.1 Arbeitsumfeld	28
3.2.2 Autonomie	28
3.2.3 Ausbildung.....	29
3.2.4 Arbeitszeiten.....	29
3.2.5 Arbeitsbelastung.....	29
3.2.6 Patientenbetreuung.....	30
3.2.7 Führung	30
3.2.8 Arbeitszufriedenheit	31
3.2.9 Fluktuationsrate.....	31
3.3 Weiterführende Literatur.....	32

4. Diskussion	34
4.1 Kritische Würdigung	34
4.1.1 Forschungsziel	34
4.1.2 Studiendesign.....	34
4.1.3 Stichprobe	35
4.1.4 Instrumente.....	35
4.1.5 Datenanalyse	36
4.1.6 Ethik.....	36
4.1.7 Ergebnisse.....	37
4.1.8 Diskussion	37
4.1.9 Evidenzstufe.....	37
4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	37
4.3 Bezug zum Modell	39
5. Schlussfolgerung	41
5.1 Beantwortung der Fragestellung	41
5.1.1 MRP ® - BSc wird für die Leitungsteams vorausgesetzt.....	42
5.1.2 MRP® – die aktuelle Situation in der Schweiz.....	42
5.1.3 Realistischer Stand: Magnetauszeichnung in der Schweiz	43
5.2 Limitationen.....	44
5.2.1 Mangelnde Güte der verwendeten Studien.....	44
5.2.2 Aktueller Forschungsstand und Kritik am MRP ®.....	44
5.2.3 Übertragbarkeit des MRP ® in die Schweiz	44
5.3 Offene, weiterführende Fragen	45
5.4 Mögliche Aussicht in die Zukunft.....	45
6. Verzeichnisse	46
Literaturverzeichnis.....	46
Bücher:.....	46
Organisationen:	47
Journals:	47
Abbildungsverzeichnis	52
Tabellenverzeichnis	52
Abkürzungsverzeichnis.....	52
Anzahl Wörter	53

7. Danksagung.....	53
8. Eigenständigkeitserklärung.....	53
9. Anhang.....	54
Zusammenfassung und kritische Würdigung der Studien.....	54

Abstract

Einleitung

Der Mangel an Pflegefachpersonen ist ein wachsendes globales Problem. Durch den Personalmangel wird die Pflegequalität signifikant beeinflusst, was sich negativ auf die Outcomes der Patienten und Patientinnen auswirkt. Die Problematik wird durch die hohe Fluktuationsrate in der Pflegebranche verschärft. Diese steht in direkter Verbindung mit der beruflichen Zufriedenheit. Das Magnet Recognition Program® (MRP) zeigt einen möglichen Lösungsansatz auf, um Pflegefachpersonen an Krankenhäuser zu binden, die berufliche Zufriedenheit zu erhöhen und dem Mangel an Pflegefachpersonen entgegenzuwirken.

Fragestellung

Welche Möglichkeiten bietet das MRP® als Lösungsansatz zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen in Schweizer Akutkrankenhäusern und zur Reduktion der Berufsausstiegsrate?

Methode

Es erfolgte eine systematisierte Literaturrecherche in gesundheitswissenschaftlichen Datenbanken. Die neun involvierten Studien wurden nach definierten Gütekriterien zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Ergebnisse

Die Attribute des MRP® haben einen signifikanten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen und lassen die Fluktuationsrate abflachen. Der frühzeitige Berufsaustritt verursacht pro Pflegefachperson Kosten von bis zu 120'000 US-Dollar, was die wirtschaftliche Relevanz aufzeigt.

Schlussfolgerung

Aktuell ist die Implementation des MRP® in der Schweiz nicht realistisch. Trotzdem können Institutionen und Führungskräfte sich an den Attributen der Magnet-Forces orientieren, um die berufliche Bindung und Zufriedenheit der Schweizer Pflegefachpersonen zu erhöhen.

Keywords

Job-satisfaction, turnover rate, nurs*, acute setting, Magnet Hospital

1. Einleitung

Die Berufsaustritte der Pflegefachpersonen sind weltweit ein aktuelles Thema. Die Ursachen, welche zum Berufsaustritt führen, wurden weitgehend erforscht. Die vorliegende Arbeit setzt sich mit Möglichkeiten zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit auseinander, damit Berufsaustritte von Pflegefachpersonen vermindert oder verhindert werden können.

1.1 Problemstellung

Es besteht ein Mangel an Pflegefachpersonen im Gesundheitswesen. Zahlen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigen auf, dass dieser Personalmangel ein Problem von globaler Bedeutung ist. Im Jahr 2018 fehlten weltweit bereits 5.9 Millionen Pflegefachpersonen (WHO, 2020). Im Jahr 2014 waren laut Merçay und Grünig (2016) schweizweit insgesamt 179'000 Pflegefachpersonen in den verschiedenen Gesundheitsinstitutionen tätig. Prognosen von Oggier (2017) haben dargelegt, dass in der Schweiz im Jahr 2020 bereits 90'000 Pflegefachpersonen fehlen würden. Aufgrund des demographischen Wandels wird sich diese Situation verschärfen. Es wird davon ausgegangen, dass der Anteil an jüngeren Arbeitnehmenden abnehmen wird, während der Anteil an älteren Arbeitnehmenden und die Anzahl der älteren Population (über 65-jährig) zunehmen wird (Hasselhorn et al., 2005). Laut O'Brien-Pallas et al. (2006) stellt vor allem die Fluktuation von Pflegefachpersonen ein Problem im Gesundheitswesen dar. Dabei kann sie einerseits als positiv betrachtet werden, weil durch die Erneuerung des Personals neue Ideen und Praktiken eingeführt werden. Andererseits wird die Personalfluktuationszahl als dysfunktional betrachtet. Aufgrund einer hohen Fluktuationszahl wird von einer geringeren Kontinuität und Produktivität der Pflegefachpersonen ausgegangen sowie ein erhöhtes Risiko verursacht. Die Fluktuation der Pflegefachpersonen wird als Indikator für die Arbeitsunzufriedenheit angesehen. Dabei beginnt sich der bisherige Schwerpunkt der Rekrutierung auf angemessene Bindungsstrategien zu verlagern. Es scheint, als ob die berufliche Bindung der Pflegefachpersonen eine grosse Herausforderung an die Gesundheitsinstitutionen stellt. Dazu wird im Literaturreview von Lu et al. (2019) von mehreren Autoren und Autorinnen beschrieben, dass der Berufsaustritt der Hauptgrund des Mangels an Pflegefachpersonen ist. Lobsiger et al. (2016) halten fest, dass ein Drittel der unter 35-jährigen und mehr als die Hälfte der über 50-jährigen Pflegefachpersonen nicht mehr im Gesundheitswesen tätig

sind. Diese eindrücklichen Resultate zeigen, dass es viele Pflegefachpersonen gibt, welche in der Gesundheitsversorgung der Schweiz einsetzbar wären.

Diese Zahlen und Fakten weisen darauf hin, dass sich in der Schweiz etwas ändern muss, damit die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen langfristig verbessert wird.

1.2 Folgen

Pflegefachpersonen und Hebammen machen weltweit die Hälfte des Gesundheitsfachpersonals aus und übernehmen einen fundamentalen Teil der Gesundheitsversorgung (Schweizerischer Verband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK], 2020). Die WHO (2020) hält fest, dass Pflegefachpersonen durch das Verhindern von Komplikationen zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit beitragen können. Das Gesundheitssystem und dessen Leistungsfähigkeit ist von genügend qualifiziertem Personal abhängig (Merçay et al., 2016).

In einer Studie aus den Vereinigten Staaten von Amerika wird aufgezeigt, dass der Mangel an Pflegefachpersonal ein großes Problem für die Gesamtqualität der Patientenversorgung darstellt. Zudem sind Auswirkungen auf die Effizienz, Pünktlichkeit, Wirksamkeit, Gerechtigkeit, Patientenzentrierung sowie die Patientensicherheit erkennbar (Buerhaus et al. 2005).

Im Literaturreview von Lu et al. (2019) wird eine signifikante Auswirkung der Arbeitszufriedenheit auf die Verbleibs- und Fluktuationsabsicht der Pflegefachpersonen sowie auf die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung aufgezeigt.

Outlon (2006) weist ausserdem darauf hin, dass sich der Mangel an Pflegefachpersonen nebst den Patienten und Patientinnen und den Pflegefachpersonen auch negativ auf das Gesundheitssystem auswirkt. Er hat zudem negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, die Outcomes der Patienten und Patientinnen und führt zu erhöhten Pflege- und Gesundheitskosten. Des Weiteren wird die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen negativ beeinflusst und die Personalfluktuationsrate erhöht.

1.3 Ursachen

In der Literatur sind verschiedene Gründe beschrieben, welche einen Berufsaustritt begünstigen:

- Hohe Belastung: Neben den psychosozialen Belastungen bringt der Pflegealltag gemäss Hasselhorn et al. (2005) langes Stehen, schweres Heben und Tragen sowie das Arbeiten in ungünstigen Positionen mit sich. Es wird aufgezeigt, dass 46 Prozent der diplomierten Pflegefachpersonen mit den physischen Arbeitsbedingungen unzufrieden sind. Aiken et al. (2013) haben eine europäische Vergleichsstudie durchgeführt. Sie weisen darauf hin, dass laut mehr als einem Viertel der Pflegefachpersonen in allen Ländern, mit Ausnahme der Schweiz, die Sicherheit der Patienten nicht die Priorität des Managements ist. Eine beträchtliche Anzahl von Pflegefachpersonen berichtete, dass viele Aufgaben aufgrund hoher Arbeitsbelastung und Zeitmangel nicht erledigt werden können. Während Tätigkeiten wie beispielsweise die Schmerzbewältigung und Behandlungen mehrheitlich in allen Ländern durchgeführt wurden, konnten pflegerische Handlungen wie das Sprechen, Trösten und Aufklären der Patienten und Patientinnen und ihrer Angehörigen von mehr als der Hälfte der Pflegefachpersonen nicht erledigt werden. Eine hohe Arbeitsbelastung kann sich zudem negativ auf die Patientensicherheit auswirken (WHO, 2020).
- Unregelmässige Arbeitszeit: Zusätzlich zur körperlichen Belastung konnten signifikante Zusammenhänge zwischen der Absicht den Pflegeberuf zu verlassen und der Schichtarbeit in Verbindung gebracht werden. In der Studie von Lu et al. (2019) wurde festgehalten, dass Arbeitsschichten für die Arbeitszufriedenheit ausschlaggebend sind. Sie erwähnen, dass 28 Prozent aller Pflegefachpersonen über ihr persönliches Wohlbefinden und 36 Prozent mit dem Dienstplan und dessen Auswirkungen auf das Privatleben unzufrieden sind. Dass Nacht- und Schichtarbeit sich negativ auf die Gesundheit und das Sozialleben auswirken, wurde beispielsweise in der Studie von Matheson et al. (2014) oder in der Studie von James et al. (2017) belegt. Ebenfalls wird aufgezeigt, dass eine niedrige Arbeitszufriedenheit im Zusammenhang mit einer hohen Krankheitsabsenz steht.
- Autonomie: Die Forschung von Hoffman et al. (2004) zeigt auf, dass Pflegefachpersonen daran gehindert werden, Entscheidungen in der Patientenversorgung zu treffen. Dies ist jedoch ein wichtiger Bestandteil der autonomen Pflegerolle. In der Studie von Aiken et al. (1996) wird beschrieben, dass die Autonomie im Pflegealltag bei der Entscheidung über die Pflegetätigkeit sowie deren Ausführung für die Personalbindung entscheidend ist.

- Wertschätzung: Outlon (2006) legt dar, dass Pflegefachpersonen dorthin gehen, wo sie respektiert und für ihre Kompetenzen und Problemlösungsfähigkeiten belohnt und angemessen gefördert werden sowie die Möglichkeit vorhanden ist, sich persönlich und beruflich weiterzuentwickeln. Der Respekt der Patienten und Patientinnen gegenüber der Arbeit der Pflegefachpersonen scheint nicht auszureichen. Mehrere Autoren erläutern, dass die mangelnde Wertschätzung der Arbeit der Pflegefachpersonen durch die Institutionsleitung und der fehlende Einfluss auf die eigene Arbeitsweise bei der Entscheidung im Beruf zu bleiben ausschlaggebend sind (Duffield & O'Brien-Pallas, 2002; Aiken et al., 2001; Fagin, 2001).
- Allgemeine Arbeitsbedingungen: In der Studie von Aiken et al. (2013) wurden die Arbeitsbedingungen und die Qualität der Krankenhäuser in 12 europäischen Ländern ermittelt. Es wird beschrieben, dass die Löhne, die beruflichen Fortbildungsmöglichkeiten und die Arbeitsbedingungen sich auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Die Wahrnehmung einer schlechten Kompensation kann dazu beitragen, dass Pflegefachpersonen die Organisation verlassen. Dabei handelt es sich um eine schlechte finanzielle Entlohnung sowie mangelnde Anerkennung im Verhältnis zu den Anstrengungen (Aiken et al., 2001, Fagin, 2001). Von McGillis Hall et al. (2001 zitiert nach Duffield & O'Brien-Pallas, 2003, S.4) wurde erkannt, dass die geleistete Qualität der Pflege auf der Abteilung für die Pflegefachpersonen sehr wichtig ist. Die Wahrnehmung einer höheren Qualität kann mit einer höheren Arbeitszufriedenheit und Bindung an den Arbeitsplatz in Verbindung gebracht werden.

Die oben beschriebenen Punkte lassen vermuten, dass die niedrige Arbeitszufriedenheit grossen Einfluss auf den Berufsausstieg hat. Dies wird in der Studie von Lo et al. (2018) bestätigt. Es wurde ein direkter Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Absicht, das Krankenhaus zu verlassen, festgestellt.

1.4 Lösungsansätze

Der Mangel an Fachpersonen im Pflegebereich ist global und auch in der Schweiz ein aktuelles Thema. Die WHO hat die Problematik des Fachkräftemangels in der Pflege erkannt, weshalb das Jahr 2020 zum International Year of the Nurse and the Midwife (YONM) deklariert wurde (SBK, 2020).

Der SBK hat sich mit der Pflegeinitiative im Jahr 2018 für eine starke Pflege eingesetzt. Der Bund und die Kantone sollten dabei verpflichtet werden, mehr Pflegefachpersonen der tertiären Stufe auszubilden und anzustellen. Die Initiative, welche das Ziel verfolgte, die Pflege zukünftig qualitativ hochwertig sicherzustellen, wurde dennoch abgelehnt (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019). Die Steigerung der Anzahl der Ausbildungsplätze wird mit hohen Kosten in Verbindung gebracht. Die internationale Rekrutierung wird laut einem Bericht des Gesundheitsobservatoriums (OBSAN, 2016) deshalb als eine kostengünstigere Variante angesehen. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass die Zahl der immigrierten Pflegefachpersonen steigend ist. Dazu erläutern Merçay et al. (2016), dass die internationale Rekrutierung von Pflegenden kurzzeitig eine Lösung sein könnte. Jedoch entsteht dadurch eine Abhängigkeit, welche das Gesundheitssystem der Schweiz von der Gesundheitspersonalpolitik der umliegenden Länder beeinflussbar macht. Diese Abhängigkeit kann nur verändert werden, wenn eine Gesamtstrategie definiert wird, welche die Ausbildung, Rekrutierung, Bindung und Führung von Pflegefachpersonen beinhaltet.

Laut Lobsiger et al. (2016) ist die Erhöhung der Ausbildungszahlen nicht genug, um dem Mangel an Pflegefachpersonen entgegenzuwirken. Die Rahmenbedingungen müssen attraktiver gestaltet werden, damit die Pflegefachpersonen lange im Beruf bleiben und ein Wiedereinstieg nach Unterbrüchen stattfindet. Die Arbeitszufriedenheit hat eine signifikante Auswirkung auf die Absicht, im Pflegeberuf zu bleiben. Mit dieser Aussage untermauern Lu et al. (2019) den Fakt, dass ein Weg gefunden werden muss, die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen zu verbessern. Nur so können Berufsaustritte langfristig verhindert werden. Die Steigerung der Arbeitszufriedenheit ist laut der WHO (2020) nur durch eine gute Arbeitsumgebung, optimale Kapazitäten und starke, gut ausgebildete Teams möglich.

1.5 Forschungsfrage

Die ursprüngliche Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautete: «Mit welchen Interventionen können Institutionen und deren Führungskräfte die berufliche Zufriedenheit der Pflegefachpersonen in Akutspitälern steigern und somit die Berufsausstiegsrate in der Schweiz reduzieren?» Die Forschungsfrage der Bachelorarbeit wurde im Verlauf der Literaturrecherche angepasst. Es wurden hauptsächlich Studien gefunden, welche die Ursachen der beruflichen Unzufriedenheit und folglich den Berufsaustritt erforschten. Es waren im Allgemeinen kaum Artikel auffindbar, welche sich mit konkreten Massnahmen

zur Förderung der Arbeitszufriedenheit auseinandergesetzt haben. Jedoch sind die Autorinnen während der Literaturrecherche mehrfach auf das MRP® gestossen. Dieses wurde als spannender Ansatz erkannt, um dem Mangel an Pflegefachpersonen entgegenzuwirken. Folgende Fragestellung wurde hierdurch abgeleitet:

Welche Möglichkeiten bietet das «Magnet Recognition Program®» (MRP®) als Lösungsansatz zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen in Schweizer Akutkrankenhäusern und zur Reduktion der Berufsausstiegsrate?

1.6 Forschungsziel

Weshalb es in diesem Ausmass zu Berufsaustritten der Pflegefachpersonen kommt und was für Auswirkungen der Pflegemangel auf die Patientensicherheit hat, wurde in mehreren Studien weitgehend geklärt. Das Ziel dieser Literaturrecherche ist es, im internationalen Vergleich Strategien zu finden, welche sich auf die schweizerischen Akutspitäler übertragen lassen, um die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden zu erhöhen.

1.7 Klärung zentraler Begriffe

Arbeitszufriedenheit kann als grundsätzliche affektive Reaktion des Arbeitnehmenden auf seine Arbeit definiert werden. Dabei werden die effektiven Ergebnisse mit den gewünschten Ergebnissen verglichen. Die Arbeitszufriedenheit beinhaltet die Gefühle des Arbeitnehmenden, welche von vielen intrinsischen sowie extrinsischen Faktoren abhängen. Beispielsweise haben Arbeitnehmende verschiedene Erwartungen (Autonomie, Bezahlung, Beförderung) bezüglich ihrer Arbeit, welche individuell bewertet werden. Die Arbeitszufriedenheit nimmt ab, wenn viele Erwartungen unerfüllt bleiben (Hasselhorn et al., 2005).

Pflegefachpersonen haben laut Schäfer et al. (2013) eine Ausbildung der Tertiärstufe an Fachschulen (HF) und Fachhochschulen (FH) absolviert oder verfügen über einen Abschluss der beruflichen Grundbildung (Sekundarstufe II) als Fachfrau oder Fachmann Gesundheit (FaGe). In dieser Literaturarbeit werden nur Pflegefachpersonen mit tertiärer Bildung inkludiert.

Als Berufsausstiegsrate verstehen die Autorinnen folgendes: Anteil der Pflegefachpersonen, welche nach Abschluss ihrer Ausbildung und vor der Pensionierung ihre Berufstätigkeit in eine andere Branche verlegen oder gar ihre gesamte professionelle Karriere beenden.

1.8 Theoretischer Hintergrund

Da sich die Fragestellung nicht nur mit pflegerischen Aspekten beschäftigt, sondern auch mit Elementen aus der Arbeitssoziologie und Arbeitspsychologie, wird im theoretischen Hintergrund zusätzlich die Arbeitszufriedenheit aus der arbeitspsychologischen Sicht dargestellt. Des Weiteren wird ein Überblick über die Entstehung und die Charakteristiken des MRP® gegeben.

1.8.1 Grundlagen der Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit wird im Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie seit Jahren immer wieder untersucht, da diese für Arbeitnehmende und Arbeitgebende von grosser Bedeutung ist.

Unter anderem wird laut Ferreira (2020) davon ausgegangen, dass zufriedene Mitarbeitende quantitativ und qualitativ bessere Arbeit leisten, weniger Fluktuationen in ihrer Karriere aufweisen und weniger Abwesenheiten aufzeigen. Dies ist für die Unternehmungen von grosser Wichtigkeit, da die Ziele somit zeitnah erreicht und Kosten gespart werden können. Die Angestellten sollen durch eine hohe Zufriedenheit eine bessere Lebensqualität erhalten. Ausserdem sollen das Wohlbefinden und die Gesundheit gesteigert werden (Ferreira, 2020). Die Arbeitszufriedenheit scheint ein komplexes Thema zu sein. Sie hängt von vielen Faktoren ab und wird auf verschiedene Zusammenhänge untersucht. Einerseits wird sie als *Evaluationskriterium* betrachtet, bei dem untersucht wird, ob die Arbeitszufriedenheit steigt, wenn Mitarbeitende mehr Autonomie erhalten. Andererseits gilt sie als *Prädiktor*, bei dem man unter anderem erkennen möchte, ob die Arbeitnehmenden sich mehr an ihren Betrieb gebunden fühlen, wenn sie zufriedener sind. Letztere gilt als *moderierende Grösse*, bei der man feststellen möchte, ob die Leistung tatsächlich mit der Zufriedenheit korreliert (Nerdinger et al., 2019).

Trotzdem scheint es schwierig zu sein, wissenschaftlich die Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und verschiedenen Variablen, wie beispielsweise der erhöhten Leistung, herzustellen. Martin und Jochims, (2014, zitiert nach Martin, 2017, S. 130) und auch Ferreira (2020) gehen davon aus, dass diese Zusammenhänge viel ausgeprägter sind, als es bis anhin in der Forschung dargestellt werden konnte. Bis anhin wurde von den oben genannten Autoren jedoch noch kein repräsentatives Messinstrument gefunden.

Entstehung der Arbeitszufriedenheit

Warr und Clapperton (2011) beschreiben die 12 Elemente der Arbeitszufriedenheit.

1. Persönlicher Einfluss:

Die meisten Arbeitnehmenden wünschen sich mehr Entscheidungskompetenzen und Spielräume. Laut Warr und Clapperton (2011) zeigen diverse Studien auf, dass die Arbeitszufriedenheit stark mit dem Ausmass der Einflussmöglichkeit im Beruf korreliert. Zudem nehmen Menschen mit zufriedenstellenden beruflichen Einflussmöglichkeiten generell ein höheres Mass an Glück, Zufriedenheit und arbeitsbezogenem Wohlbefinden wahr.

2. Einsatz eigener Fähigkeiten:

In diesem Punkt geht es um den eigenen Leistungsanspruch, welcher kontinuierlich gesteigert wird. Es ist vielen Studien zu entnehmen, dass die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten einzusetzen, einer der effektivsten Faktoren für Freude in der Arbeit ist.

3. Anforderungen und Ziele:

Ständige Unterforderung kann zu Langeweile führen. Es wurde erkannt, dass die Zufriedenheit steigt, wenn die Arbeitsanforderungen erhöht werden. Dies gilt jedoch nur bis zu einem bestimmten Level, denn grosse Herausforderungen können Probleme, Spannungen, Ängste und Überforderung verursachen. Menschen haben das Bedürfnis, etwas zu erreichen, weshalb eine angepasste Forderung des Personals zu erhöhter Zufriedenheit führen kann.

4. Abwechslung:

Menschen erhoffen sich im Arbeitsalltag eine gewisse Abwechslung. Warr und Clapperton (2011) konnten in Studien nachweisen, dass die Arbeitszufriedenheit und andere arbeitsbezogene Glücksgefühle bei Arbeitnehmenden mit wenig Abwechslung nur gering ausgeprägt sind.

5. Klare Aufgaben und Perspektiven:

Menschen fühlen sich grundsätzlich verunsichert oder unwohl, wenn sie keine Vorstellung davon haben, wie sich Dinge weiterentwickeln werden. Studien haben laut Warr und Clapperton (2011) aufgezeigt, dass diese Mehrdeutigkeiten und Unklarheiten einen Zusammenhang mit der Arbeitsunzufriedenheit haben. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wünschen sich dabei klarere Arbeitsanforderungen und mehr Rückmeldungen bezüglich ihrer Leistungen.

6. Soziale Kontakte:

Es gibt somit positive wie auch negative soziale Kontakte am Arbeitsplatz. Gespräche am Arbeitsplatz über die Arbeit und über Themen ausserhalb der Arbeit werden sehr geschätzt. Diese gegenseitige Unterstützung ist im Arbeitsleben unabkömmlich. So beschreiben Warr und Clapperton (2011) anhand von Studien, dass die Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen von zentraler Bedeutung sind. Die Unterstützung durch das Team fördert das Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

7. Geld:

Bei der Arbeit ist das Einkommen für Menschen häufig sehr zentral. Dabei kann ein hohes Einkommen ein Gefühl von Wohlbefinden auslösen. Trotzdem haben verschiedene Studien gezeigt, dass sich das Wohlbefinden, trotz weiter steigendem Einkommen, nicht positiv verändert. Die Motivation und das Wohlbefinden können negativ dadurch beeinflusst werden, wenn das Geld im Zentrum steht. Was das Glück angeht, gibt es einen finanziellen Wendepunkt. Bei einem Einkommen unterhalb dieses Punktes ist ein grosser Einfluss auf die Gefühlslage erkennbar. Bei einem höheren Einkommen sind keine Korrelationen ersichtlich.

8. Angemessenes physisches Umfeld:

Unzufriedenheit am Arbeitsplatz wird häufig durch das physische Arbeitsumfeld, die Arbeitsräume und die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung verursacht. Dieser Punkt lässt sich in zwei Teilaspekte unterteilen, dazu zählen die Annehmlichkeit des Arbeitsumfeldes sowie dessen Sicherheit im Hinblick auf physische Aspekte. Warr und Clapperton (2011) beschreiben anhand von Studien, dass unsichere oder unangenehme Arbeitsbedingungen bei den Arbeitnehmenden zu Unzufriedenheit führen können.

9. Anerkennung und Wertschätzung:

Die Zufriedenheit im Job steht im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Anerkennung und Wertschätzung. Dabei wird die Bedeutung eines Berufes teilweise von seiner hierarchischen Position beurteilt, welche anhand des sichtbaren Status in einer Gruppe oder in der Gesellschaft eingenommen wird. Häufig beurteilen auch die Arbeitnehmer selbst ihren Beruf aus individueller Perspektive. Diese Sichtweise ist stark mit dem eigenen Selbstwertgefühl verbunden.

10. Unterstützende Vorgesetzte:

Anhand von Studien wurden laut Warr und Clapperton (2011) zwei Hauptbestandteile für gute Mitarbeiterführung herausgefiltert. Dazu zählen einerseits das Entwickeln einer Struktur, andererseits die Aufmerksamkeit. Anhand dieser Punkte können die Mitarbeiter ihre Vorgesetzten bewerten. Von einer guten Führungsperson wird erwartet, dass sie angemessene Strukturen schafft und aufrechterhält, Ziele und Zeitpläne festlegt sowie Aufgaben zuweist. Des Weiteren sollen durch sie Informationen und Mittel zur Verfügung gestellt werden, um reibungslose Arbeitsabläufe zu ermöglichen. Zudem sollte sie ihre Aufgaben auf eine aufmerksame und umsichtige Art erledigen, indem sie sich für das Wohlbefinden der Mitarbeitenden interessiert, zuhört, Verbesserungsvorschläge annimmt und Lob ausspricht. Mit dem Verhalten der Führungskraft werden nicht nur die Gefühle der Mitarbeitenden beeinflusst, sondern auch alle zwölf Berufsmerkmale.

11. Gute Karrierechancen:

Dabei geht es um zwei grundlegende Aspekte; die Sicherheit des Arbeitsplatzes und die Möglichkeit auf beruflichen Aufstieg. Des Weiteren setzt sich dieser Punkt mit der Möglichkeit auf positive künftige Veränderungen, Aufstiegsmöglichkeiten sowie Entwicklungsperspektiven auseinander. Menschen haben das Bedürfnis, in ihrem Leben voranzukommen, weshalb die Aussicht auf mögliche berufliche Fortschritte den Umgang mit der Situation erleichtert.

12. Fairness:

Das Bedürfnis von Menschen, fair behandelt zu werden, ist gross. Dabei ist der ehrliche und angemessene Umgang miteinander sehr wichtig. Im beruflichen Umfeld ist es für Arbeitnehmende deshalb sehr wichtig, wie die Institution ihre Mitarbeitenden behandelt. Es wird zwischen der internen und externen Fairness eines Unternehmens unterschieden. Bei der internen Fairness haben Studien laut Warr und Clapperton (2011) gezeigt, dass Unternehmen, welche ihre Mitarbeitenden unfair behandeln, als wenig attraktiv gelten. Die externe Fairness setzt sich mit ethischen Fragen ausserhalb der eigenen Organisation auseinander. Es hat sich gezeigt, dass Arbeitssuchende ihre Arbeitgeber danach auswählen, inwieweit deren Verhaltensweisen ihren persönlichen Wertvorstellungen entsprechen.

1.8.2 Entstehung des Magnet Recognition Program®

In den frühen 1980er Jahren wurden laut des Institute of Medicine (1983) (eine Abteilung der nationalen US-amerikanischen Akademie für Wissenschaft, Ingenieurwissenschaften und der Medizin) aufgrund eines grossen Mangels an Pflegefachpersonen viele Interventionen ergriffen, um den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten. Dabei wurden mehrere Studien durchgeführt, um zu erörtern, welche Faktoren des Pflegeberufes unbefriedigend sind. In den Ergebnissen wurde aufgezeigt, dass die Pflegefachpersonen vermehrt in die Entscheidungsfindung der Patientenversorgung, der Arbeitsbedingungen und der Krankenhausführung involviert werden sollten. Zur gleichen Zeit führte die American Academy of Nursing (AAN) laut McClure et al. (1983) eine Untersuchung durch. Das Ziel dieser Untersuchung war es, herauszufinden, welche Faktoren Pflegefachpersonen in ihrer Arbeit und ihrem Arbeitsumfeld als befriedigend empfinden. Es wurden alle Krankenhäuser in den Vereinigten Staaten untersucht, welche während des landesweiten Mangels an Pflegefachpersonen erfolgreich Pflegefachpersonen einstellen und halten konnten. Goldberger et al. (1987) beschreiben, dass von der AAN 165 Krankenhäuser nominiert wurden, welche Pflegefachpersonen anwerben, halten und gleichzeitig eine hochwertige Pflege bieten konnten. Am Ende wurden 41 Krankenhäuser durch eine hohe Zufriedenheit der Pflegefachpersonen, eine geringe Fluktuation und niedrige Vakanzrate ausgezeichnet. Aufgrund ihres Erfolges in der Gewinnung und Bindung von Pflegefachpersonen wurden diese als Magnetkrankenhäuser bezeichnet. Seit 1983 werden diese Krankenhäuser für die Praxis, die Politik und die Verwaltung als Paradebeispiele angesehen. Dabei teilten die 41 Krankenhäuser laut Goldberger et al. (1987) einige organisatorische Kernattribute. Dazu zählte,

- dass die Pflegedienstleitung dem höchsten Entscheidungsgremium des Krankenhauses angehörte. Somit wurde die Wichtigkeit gekennzeichnet, welche die Krankenhausverwaltung den Pflegefachpersonen zuschrieb.
- dass anstatt mit einer Pyramidenstruktur mit vielen Ebenen, der Pflegedienst mit einer flachen Organisationsstruktur mit wenig Aufsichtspersonal organisiert wurde.
- dass die Pflegefachpersonen von den Abteilungen in die Entscheidungsfindung miteinbezogen wurden, so dass sie so viel Ermessensspielraum wie möglich hatten. Dies ermöglichte eine optimale Organisation der Pflege und der Personaleinsätze, so dass die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen am besten gedeckt wurden.

- dass die Entscheidungen der Pflegefachpersonen über die Patientenversorgung von der Verwaltung unterstützt wurden.
- dass die interdisziplinäre Kommunikation zwischen den Pflegefachpersonen und Ärzten und Ärztinnen gut funktionierte.

In einigen Magnetkrankenhäusern wurde die Praxisumgebung fortlaufend optimiert, und es wurden Strategien entwickelt, um dem «optimalen» Modell der professionellen Pflegepraxis näher zu kommen. Zu den Strategien zählten:

- das Umstellen auf eine vollständige Besetzung mit lizenzierten Pflegefachpersonen
- die Erhöhung der Anzahl Pflegefachpersonen pro Patient und Patientin
- die weitere Verflachung der Organisationsstrukturen
- das Umsetzen von “Shared-Governance-Initiativen”
- die Einführung des Salärstatus bei Pflegepersonen, anstelle von Stundenlöhnen
- die Einführung von flexiblen, vielfältigen Pflegemodellen, welche die Bedürfnisse des Personals aller Abteilungen und der Patienten und Patientinnen innerhalb der Organisation erfüllen

Aiken et al. (1994) beschreiben, dass eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung, die Autonomie des Pflegefachpersonals, die Ausbildung und das Streben nach bestmöglichen Leistungen die Erkennungsmerkmale der Magnet-Krankenhäuser waren. Zudem boten sie organisatorische Unterstützung, welche die Pflegefachpersonen dabei befähigte, ihre Fähigkeiten sowie ihr professionelles Wissen zum Wohl der Patienten und Patientinnen anzuwenden. Laut Stein et al. (1990) ist dies der Schlüssel, um eine qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Patientenversorgung zu gewährleisten. Pflegefachpersonen führen die Patientenüberwachung rund um die Uhr durch und sind dabei die primäre Informationsquelle für den ärztlichen Dienst bei Veränderungen der Patienten und Patientinnen. Pflegefachpersonen sind fähig, frühe Stadien von Komplikationen zu erkennen und müssen oft ohne Anwesenheit eines Arztes oder einer Ärztin handeln.

Im Juni 1990 wurde das American Nurses Credentialing Center (ANCC) als untergeordnete gemeinnützige Organisation gegründet, über welche die American Nurses Association (ANA) Qualifikationsprüfungs-Programme und -Dienstleistungen anbietet. Im Dezember desselben Jahres hat der Vorstand des ANA den Vorschlag für das «Magnet Hospital Recognition Program for Excellence in Nursing Services», angenommen. (ANA, n.d.)

Ziele

Laut der ANA (n.d.) ist das Ziel des MRP®, einen Fahrplan zu erstellen, um Höchstleistungen in der Pflege zu fördern. Dabei ist die Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen zentral. Zudem wird von der ANA (n.d.) beschrieben, dass die bestmögliche Arbeitszufriedenheit die Fluktuation der Pflegefachpersonen verhindert und zu verbesserter Patientenzufriedenheit führt. Die magnet-erkannten Krankenhäuser verkörpern eine Kultur der Zusammenarbeit, um qualifiziertes Personal anzuziehen und zu fördern. Dabei werden Pflegefachpersonen als integrale Partner angesehen, welche bei der sicheren Patientenversorgung geschätzt werden. Durch die stetige Investition in die Ausbildung und Entwicklung von Pflegefachpersonen wird diese Kultur unterstützt. Des Weiteren wird die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert, indem der Fokus auf gegenseitigen Respekt, Autonomie und gemeinsame Werte gelegt wird.

Anhand der wachsenden Zahl von Untersuchungen werden folgende Vorteile der Magnet-Organisationen genannt:

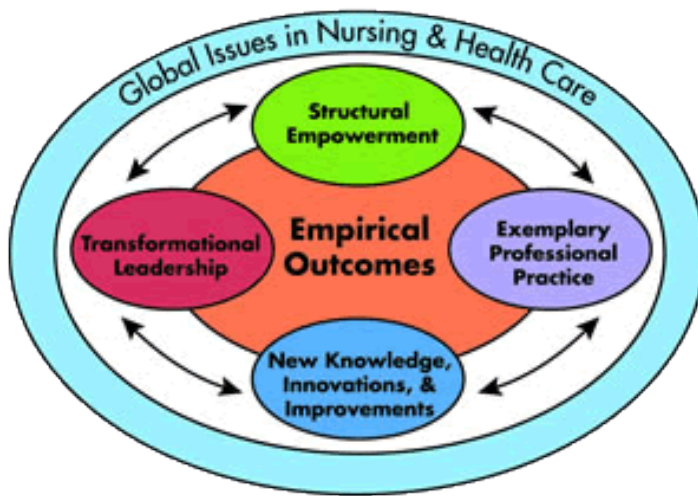
- Eine geringere Unzufriedenheit der Pflegefachpersonen und geringere Burnoutzahlen.
- Eine höhere Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen.
- Eine geringere Fluktuation der Pflegefachpersonen.

Bestandteile

Das MRP® soll einen Rahmen für die Pflegepraxis und -forschung geben und als Plan für Organisationen dienen, welche eine Magnet-Anerkennung anstreben. Dieses einfachere und neue Modell wurde entwickelt, um mehr Klarheit und Orientierung zu schaffen. Deshalb wurde das bisherige Modell «Forces of Magnetism» von vierzehn auf fünf Modellkomponenten, siehe Abbildung 1, reduziert. Dabei liegt der Fokus beim neuen Modell vermehrt auf der Messung von Ergebnissen und macht eine straffere Dokumentation möglich. Die vierzehn «Forces» werden als Grundlage des Programmes beibehalten (ANA n.d.).

Abbildung 1

Magnet Recognition Program® Model (ANA, n.d.)



Im folgenden Abschnitt werden die fünf Modellkomponenten des Magnetismus beschrieben (ANA, n.d.).

Transformationale Führung

Die heutigen Führungskräfte müssen die Werte, Überzeugungen und Verhaltensweisen ihrer Organisation verändern. Das Ziel einer transformationalen Führungskraft ist es, Menschen dorthin zu führen, wo sie sein müssen, um die Anforderungen der Zukunft zu erfüllen. Dazu werden klinisches Wissen, Vision, Einfluss und eine ausgeprägte Expertise in Bezug auf die professionelle Pflegepraxis vorausgesetzt. Typischerweise werden während der Transformation Turbulenzen hervorgerufen und ungewöhnliche Lösungsansätze verwendet.

Die Vision der Zukunft, die benötigten Systeme und das Umfeld werden durch das Senior Leadership Team geschaffen. Die Aufgabe dieses Teams ist, die Organisation darüber aufzuklären, weshalb ein Wandel Sinn macht und die Rollen der jeweiligen Abteilungen zu verteilen. Zudem gehört es während des Wandels zu ihrem Aufgabenfeld, zuzuhören, herauszufordern, zu beeinflussen und zu bekräftigen. Das Ziel ist es, dass nach und nach auch andere Führungskräfte die transformatorische Denkweise übernehmen.

Strukturelle Befähigung

Anhand solider Strukturen und Prozesse ermöglichen Magnet-Krankenhäuser ein innovatives Umfeld. Dabei entsteht eine starke professionelle Praxis. Es werden die Werte verfolgt, welche für die Organisation als zentral gewichtet werden. Durch starke Stähelin, Elena, Galli, Corina

Beziehungen und Partnerschaften zwischen allen Organisationen kann die Praxis gestärkt werden. Somit können die Ergebnisse für die Patienten und Patientinnen sowie die Gesundheit der Gemeinden verbessert werden. Ein zentraler Punkt ist das Entwickeln, Anleiten und Befähigen der Mitarbeitenden, den besten Weg zu finden, um die Ziele und gewünschten Ergebnisse der Organisation zu realisieren.

Vorbildliche Berufspraxis

Der Schwerpunkt eines Magnet-Krankenhauses liegt in der vorbildlichen Berufspraxis der Pflege. Dabei ist ein ausführliches Verständnis der Rolle der Pflege, die Anwendung dieser Rolle bei Patienten und Patientinnen, Familien, Gemeinden und dem interdisziplinären Team sowie die Anwendung neuer Erkenntnisse und Beweise ausschlaggebend. Bei dieser Komponente geht es primär darum, was die professionelle Praxis erreichen kann.

Neues Wissen, Innovation und Verbesserungen

Ein entscheidender Baustein von Magnet-Krankenhäusern sind starke Führungskräfte, befähigte Fachkräfte und eine vorbildliche Praxis. Die Magnet-Krankenhäuser sind professionell und ethisch dazu verpflichtet, in Form von neuem Wissen, Innovationen und Verbesserungen zur Entwicklung von Patientenversorgung, Organisation und Berufsstand beizutragen. Dazu müssen die aktuellen Praktiken und Systeme anders gestaltet und neu definiert werden. Dies kann anhand neuer Pflegemodelle, durch die Anwendung von vorhandener oder neuer Evidenz sowie durch sichtbare Beiträge zur Wissenschaft der Pflege erreicht werden.

Empirische Qualitätsergebnisse

Beim Magnet-Anerkennungsprozess wird davon ausgegangen, dass gute Ergebnisse folgen werden. Dabei liegt der Fokus auf den Strukturen und Prozessen. Aktuell sind keine quantitativen Ergebnisanforderungen an die ANCC Magnet Recognition® vorhanden. Magnet-Krankenhäuser haben die Möglichkeit, Pioniere der Zukunft zu werden und Lösungen für diverse Probleme unseres jetzigen Gesundheitssystems aufzuzeigen. Dabei ist es nötig, die Ergebnisse in Bezug auf die Pflege, die Belegschaft, die Patienten und Patientinnen, die Verbraucher und die organisatorische Ebene zu unterteilen. Wenn möglich, sollten Ergebnisdaten, die die Organisation bereits sammelt, genutzt werden.

Aktuelle Verbreitung

Derzeit sind laut Anstee et al. (2020) weltweit 502 Krankenhäuser magnet-akkreditiert, diese befinden sich in acht Ländern. Über neunzig Prozent der Magnet-Krankenhäuser befinden sich in den Vereinigten Staaten, nur eines liegt in Europa, genauer gesagt in Belgien. Um die Übertragbarkeit und Wirksamkeit des MRP® ausserhalb der Vereinigten Staaten zu prüfen, wurden zwei internationale Pilotstudien durchgeführt. Eine wurde von Aiken et al. im Jahr 2008 in England und eine von Aiken und Poghosyan im Jahr 2009 in Russland und Armenien durchgeführt. Beide Studien haben aufgezeigt, dass das Modell übertragen werden kann. Es wurde eine höhere Arbeitszufriedenheit, sowie verminderte Kündigungsabsicht und emotionale Erschöpfung der Pflegefachpersonen festgestellt. Ausserdem konnten eine bessere Arbeitsumgebung und höhere Pflegequalität erkannt werden. Anstee et al. (2020) beschreiben, dass im Jahr 2020 die Datenerhebung der Magnet4Europe Studie begonnen wurde. Das Ziel der Studie ist, zu erörtern, ob das Programm in Europa implementiert werden kann. Es werden 60 Krankenhäuser in fünf europäischen Ländern untersucht, bei denen die Arbeitsumgebung an die Prinzipien des MRP® angepasst werden. Dabei steht jedem Krankenhaus ein Magnet-Partnerkrankenhaus aus den Vereinigten Staaten zur Seite.

Vergleicht man diese Punkte mit den Ursachen der Berufsaustritte der Pflegefachpersonen, kann man einige Korrelationen bezüglich der Unzufriedenheit erkennen. Im Punkt 1.3 (Ursachenkapitel) werden unter anderem die hohe Belastung, auch bezüglich ergonomischer Arbeitsumgebung, die eingeschränkte Autonomie und die allgemeinen Arbeitsbedingungen beschrieben. Es stellt sich die Frage, ob die finanzielle Kompensation angemessen ist. Ein grosses Problem könnten die Skills darstellen, da die Pflegefachpersonen im Alltag oft nicht mit der gewünschten Qualität pflegen können, wodurch mögliche Frustrationen auftreten.

1.9 Theoretisches Modell

Nachfolgend wird das Modell von Frederick Herzberg dargestellt, welches als Bezugsmodell für die Bachelorarbeit gewählt wurde. Das Modell wurde ausgesucht, da es eine vereinfachte Darstellung der beeinflussenden Faktoren der Arbeitszufriedenheit darstellt.

Zwei-Faktoren-Theorie

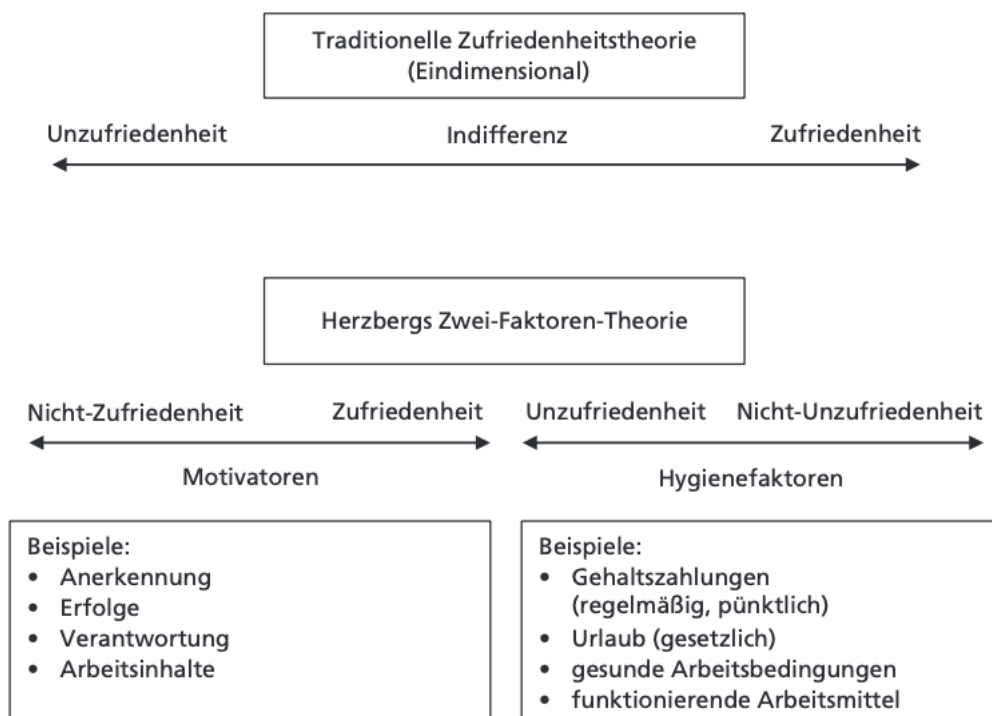
Frederick Herzberg hat 1959 die Zwei-Faktoren-Theorie erstellt. Das Ziel der Theorie ist es, zu erörtern, welche äusseren Aspekte die Motivation der Arbeitnehmenden fördern oder hemmen und somit die berufliche Zufriedenheit beeinflussen (Herzberg et al., 1959, zitiert nach Becker, 2019, S.57).

Die Theorie beinhaltet zwei Hauptmerkmale; die Hygienefaktoren und die Motivatoren (siehe Abbildung 2).

Die Hygienefaktoren beinhalten die Arbeitsumgebung, die Führung, die Beziehungen innerhalb der Anstellung oder die Kompensation. Die Motivatoren beinhalten Punkte bezüglich der eigentlichen Arbeit; beispielsweise das Ausmass der Autonomie oder das Leistungserleben. Wenn die Motivatoren existieren, geht man davon aus, dass diese die Arbeitszufriedenheit begünstigen. Beide Dimensionen müssen stabil sein, damit die Motivation und die Zufriedenheit vorhanden sind (Becker, 2019, Ferreira, 2020).

Abbildung 2

Zwei-Faktoren-Theorie (Ferreira, 2020, S. 39)



Die Zwei-Faktoren-Theorie überzeugt aufgrund der praktischen Anwendung und dem Einbezug spezifischer Aspekte, durch welche Führungspersonen ihre Mitarbeitenden effektiver unterstützen können.

Trotzdem zeigt das Modell auch einige Mängel auf. Becker (2019) beschreibt unter anderem, dass die Kategorien abstrakt sind und nicht beschrieben wird, wie genau die Mitarbeitenden motiviert werden können. Des Weiteren setzt das Modell die Zufriedenheit und die Motivation auf die gleiche Stufe. Zudem wird auch die strikte Unterteilung der beiden Faktoren kritisiert. Die wahren Motivatoren könnten verschleiert werden (Verzerrung der Wahrnehmung) und die Generalisierung der beiden Faktoren ist je nach Situation ebenfalls nicht gegeben (beispielsweise könnten während einer Pandemie die geschäftlichen Beziehungen entweder wichtiger oder weniger relevant sein, je nach Persönlichkeit). Ferreira (2020) beschreibt in ihrem Buch ähnliche Kritik.

2. Methode

In diesem Kapitel werden das methodische Vorgehen anhand der Keywords, die Suchstrategie sowie die Ein-Ausschlusskriterien dargestellt.

2.1 Recherche in den Datenbanken

Mittels systematischer Literaturrecherche wurden in den Datenbanken Studien gesucht, um die Forschungsfrage zu beantworten. Dafür wurde einerseits die Datenbank PubMed® genutzt, welche sich als grösste Datenbank für gesundheitswissenschaftliche Studien auszeichnet. Zudem wurde in der Datenbank CINAHL® Complete recherchiert, welche sich auf Pflegewissenschaftliche Themenbereiche spezialisiert. Die Cochrane Library® wurde mittels kurzer Keywordrecherche genutzt, um auszuschliessen, dass die gestellte Forschungsfrage der Bachelorarbeit bereits in einem vorhandenen Literaturreview beantwortet wurde.

2.2 Suchstrategie in den Datenbanken

In der nachfolgenden Tabelle 1 werden die verschiedenen Keywords in Deutsch und Englisch, sowie Subject Headings (für CINAHL®) und MeSH Terms (für PubMed®) abgebildet.

Tabelle 1

Keywords

	Deutsche Keywords	Englische Keywords, Synonyme	[MeSH] & "Subject Headings"
Phänomene	Berufliche Zufriedenheit	job-satisfaction, job dissatisfaction, quality of working life	"Job Satisfaction", "Quality of Working Life"
	Berufsausstieg	job leave, intention to leave, job change	"Job Change"
	Fluktuationsrate	Turnover rate	
Population	Diplomierte Pflegefachpersonen	Nurse, nurse, nurs*	"registered nurses", [nurse], [registered nurse]
Setting	Spital	Acute Ward Acute Setting Sanatorium Sanitarium Acute hospital Hospital ward Hospital room	[hospital], [clinic]
	Einrichtung mit Magnetstatus	Magnet Hospitals Magnet Hospital - Accreditation Hospital magnet Acc magnet	"Magnet Hospitals", "Magnet Hospital Accreditation", [magnet hospital], [magnet nursing]

In der Tabelle 2 wird die Suchstrategie der Bachelorarbeit dargestellt. Die umklammerten Begriffe beziehen sich auf die [MeSH Terms] von PubMed ®. Die Begriffe, welche durch ein Anführungszeichen ummantelt werden, beziehen sich auf "Subject Headings" die von CINAHL® verwendet werden.

Die Booleschen Operatoren "AND" und "OR" werden angewendet, um die Suche zu spezifizieren und möglichst viele Keywords zu berücksichtigen. Der Boolesche Operator «NOT» wurde nicht verwendet, da dies die Reichweite der Resultate beschränken könnte. Das "Truncation Symbol" * wird gezielt benutzt, um die Suchergebnisse zu erweitern.

Tabelle 2

Suchstrategie

OR	AND OR	AND OR	AND OR
[magnet hospital], «magnet Hospital»	Job-satisfaction	nurse	Hospital
[magnet nursing]	Job Dissatisfaction	Nurs*	Clinic
«magnet hospital accreditation»	Job leave	Registered nurse	Acute Setting
Magnet hospital model	«Job change»		Inpatient
Magnet nursing	«quality of working life»		ward
Hospital magnet	Intention to leave		Acute hospital
Acc magnet	Turnover rate		Hospital ward
			Hospital room

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

In der Tabelle 3 werden die Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limitationen der Suchrecherche aufgelistet.

Tabelle 3*Ein- und Ausschlusskriterien*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Limitationen
Akutspital Diplomierte Pflegefachperson <i>*Westliche Länder/westliche Industrieländer</i>	Weitere Settings Fachfrau Gesundheit, Pflegehilfe, Assistentin Gesundheit und Soziales <i>*Weitere geographische Lagen</i>	 Publikation innerhalb der letzten 15 Jahre englische oder deutschsprachige Artikel mit Abstract Humans Erwachsene (+19 Jahre)

Anmerkung: **=Von Hand aussortiert.*

Diese Bachelorarbeit setzt sich lediglich mit der Problematik im akuten Setting auseinander, weshalb weitere Institutionen ausgeschlossen werden. Der Fokus liegt auf den diplomierten Pflegefachpersonen, daher werden weitere Pflegeausbildungsstufen nicht miteinbezogen. Die Arbeit soll einen Transfer in das Schweizer Gesundheitswesen ermöglichen, weshalb nur Artikel aus westlichen Ländern eingeschlossen sind. Diese wurden von Hand aussortiert.

Im ersten Schritt wurden nur Forschungsartikel aus den letzten zehn Jahren miteinbezogen, damit lediglich der aktuelle Wissenszustand berücksichtigt wird. Das Zeitfenster wurde im Verlauf auf 15 Jahre erweitert, damit auch kritische Artikel miteinbezogen werden konnten.

Da sich die Arbeit auf Menschen fokussiert, wurde «Humans» als Limitation angewählt. Aufgrund des Sprachverständnisses wurden nur Artikel in englischer und deutscher Sprache miteinbezogen.

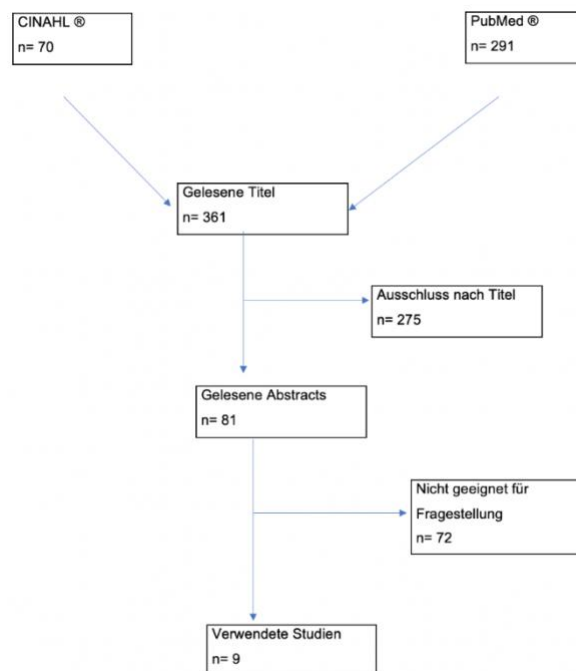
Das Abstract in einer Studie ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal, weshalb ausschliesslich Studien mit Abstracts in Betracht gezogen wurden. Kinder und Jugendliche wurden ausgeschlossen, da beide Autorinnen in Institutionen arbeiten, bei denen Kinder in spezifischen Abteilungen behandelt werden.

2.4 Flowchart

In der Abbildung 3 wird der Selektionsprozess der gewählten Studien dargestellt.

Abbildung 3

Flowchart



Anmerkung: Grafik durch Autorinnen erstellt.

2.5 Beurteilung der Studien

Es werden qualitative und quantitative Studien in die Recherche miteinbezogen. Beide Forschungsdesigns werden nach vordefinierten Leitfragen zusammengefasst und gewürdigt. Die Kriterien von LoBiondo-Wood et al. (2005) sowie von Burns und Grove (2005) werden für die Würdigung beider Designs verwendet.

Um das Critical Appraisal qualitativer Studien durchzuführen, werden zusätzlich die Kriterien von Steinke und Flick (Flick et al., 2017) und Lincoln und Guba (1985) miteinbezogen.

Um die quantitativen Designs zu beurteilen, werden die Gütekriterien von Prof. Dr. Bartholomeyczik (Bartholomeyczik & Käppeli, 2008) zur Hilfe genommen. Damit das Evidenzlevel aller Studien beurteilt werden kann, wird die 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) verwendet.

3. Resultate

Zur Identifikation der Auswirkungen des MRP® sind im folgenden Abschnitt die Resultate der neun ausgewerteten Studien aufgeführt. Die Tabelle 4 dient zur Übersicht der Studien und Resultate. Des Weiteren sind die Ergebnisse in abgeleiteten Unterkategorien differenziert dargestellt.

3.1 Übersicht der Studien

Tabelle 4

Übersicht der Studien

Autor/ Jahr/ Land	Titel	Ziel	Methode	Sample/ Setting	Instrumente/Interventionen
Chen & Johantgen M. E. (2010). Europa	Magnet Hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction	Herausfinden, ob Attribute eines Magnet-Krankenhauses in Europa existieren und welchen Einfluss diese auf die Zufriedenheitsrate der Pflegefachpersonen und der Spitäler haben.	quantitativ Cross-sectional Design Sekundäre Datenanalyse	N = 3182 RN 16 deutsche Krankenhäuser 15 belgische Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Job satisfaction scale • «Magnet force» mittels Likert Skala • Validierung durch Experten • SPSS 12.0 • <i>Konfirmatorische Faktoranalyse</i> • <i>Chi Square, CFI, predictive fit indexes</i>
Kelly et al. (2011) USA	Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals	Beweisen, dass Krankenhäuser, mit Magnetstatus eine bessere Arbeitsumgebung und bessere personelle Ressourcen besitzen, sowie die Fluktuation der Pflegefachpersonen beeinflussen.	quantitativ cross-sectional Design	Probability Sample N = 26276 RN (21714 Nicht-Magnet, 4562 Magnet) 567 Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Practice Environment Scale of the nursing Workforce Index • Maslach Burnout Inventory Humans Services Survey • Nurse to Patient ratio • T-Test • Chi -Quadrat Test • logistische Regressionsanalyse • Finales Modell • STATA Version 11.
Kol et al. (2017) Türkei	The effectiveness of strategies similar to the Magnet model to create positive work	Mittels Interventionen, welche dem MRP gleichen, eine bessere Arbeitsumgebung zu	quantitativ Vermutet wird Quasi-	Non probability sample 2011 N: 235 RN	<ul style="list-style-type: none"> • Likert Skala bezüglich positiver

	environments on nurse satisfaction.	kreieren damit die berufliche Zufriedenheit gesteigert wird.	experimentelles Design	2013 N: 259 RN	Arbeitsumgebung, Führungsstyle.
Kooker und Kamikawa, (2011). Hawaii	Successful strategies to improve RN retention and patient outcomes in a large medical centre in Hawaii.	Die Forschenden beschreiben, wie sie mittels der «multifacetten retention Initiative» versuchen dem Pflegemangel in Hawaii entgegen zu wirken.	qualitativ	Keine Angaben zum Sample Setting: 505 Betten Spital Honolulu	<ul style="list-style-type: none"> • Likert Skala • "Retention Intervention" • Trainingsprogramm «Building capacity to improve outcomes" • 4 Pilot Magnet Units • Fokusgruppen welche durch Experten moderiert wurden • Deskriptive Datenanalyse
Kutney-Lee et al. (2015) USA	Changes in Patient and Nurse Outcomes Associated with Magnet Hospital Recognition	Herausfinden, wie sich der Magnet-Status auf die Arbeitsumgebung der Pflegefachpersonen, die Patienten Outcomes, die Pflegequalität und die «nurse job outcomes» auswirkt. Gleichzeitig analysieren, ob Spitäler mit Magnetauszeichnung bereits vor dem Status ausgezeichnet waren.	quantitativ Retrospektive Sekundäranalyse	N= 34 Krankenhäuser in Pennsylvania	<ul style="list-style-type: none"> • Practice Environment Scale of the Nursing Work Index • Magnet Recognition • Failure to rescue • Nurse-Reported Quality of Care • Maslach Burnout Inventory • Likert Skala • Kovariate • T-Test • chi square, • Fisher exact test. • SAS 9.3
Kramer et al. (2011) USA	Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments.	Das Ziel war zu beschreiben, inwieweit Pflegefachpersonen in Magnetkrankenhäuser eine gesunde Arbeitsumgebung wahrnehmen.	quantitativ deskriptive Studie	N= 12 233 RN 717 Abteilungen 34 Magnet Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • EOMII • Intraclass Korrelationskoeffizient • Inter-Rater-Reliabilität • ANOVA mit post hoc Mehrfachvergleichen

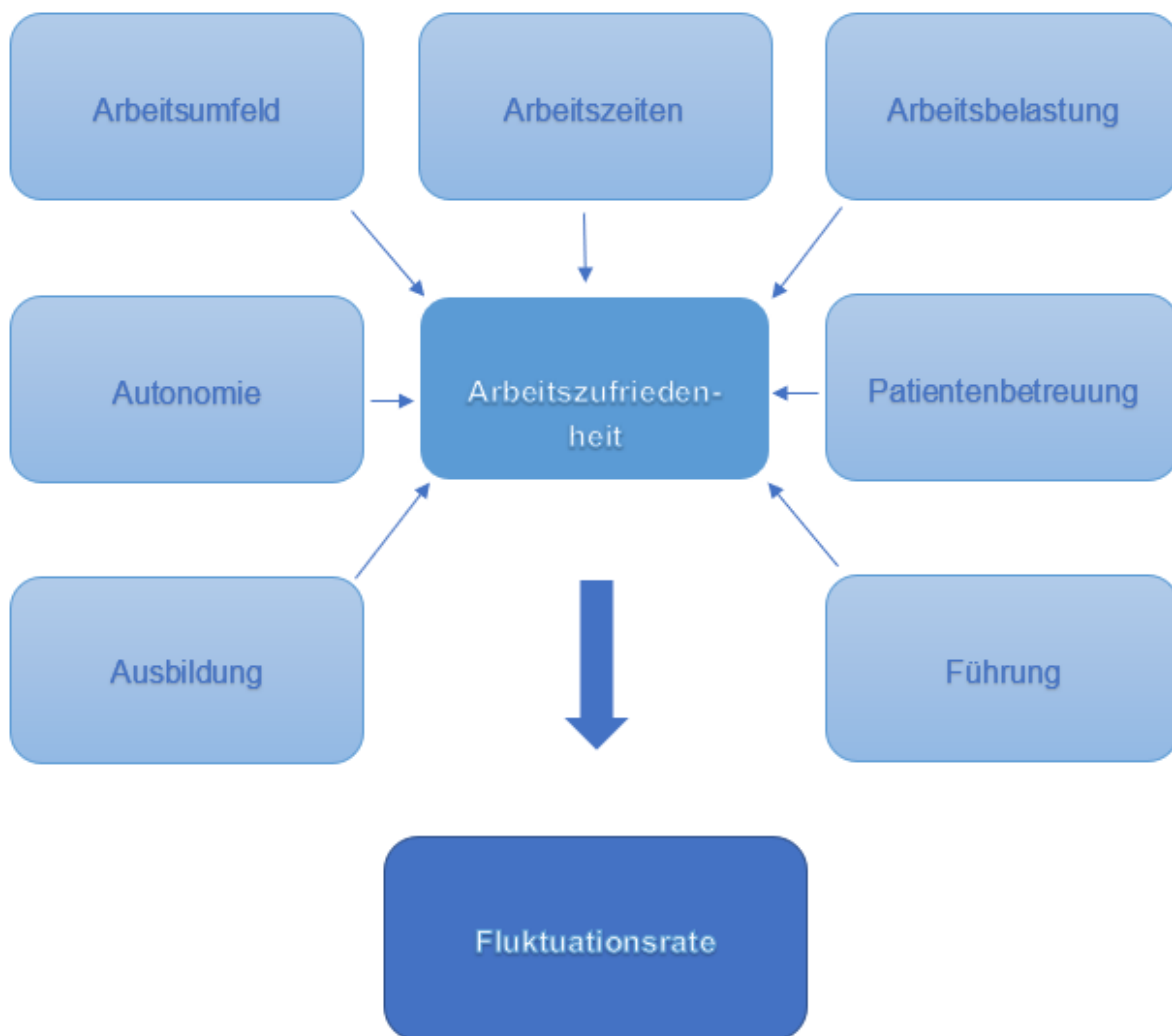
Lacey et al. (2007) USA	Nursing Support, Workload, and Intent to Stay in Magnet, Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Hospitals	Unterschiede in der Wahrnehmung des Managers, der Unterstützung durch Kollegen, Arbeitsbelastung, Bleibeabsicht und Zufriedenheit zwischen 3 Einrichtungstypen: Magnet, Magnet-anstrebend und nicht-Magnet Spitälern zu finden.	quantitativ sekundäre Querschnittsanalyse	N = 3337 RN 15 US-Krankenhäuser 2 Magnet 10 Magnet-anstrebende 3 Nicht-Magnet-Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Multivariate Analysen • SPSS 2007 • Individual Workload Perception scale • SPSS 12.0 • ANOVA • Post-hoc-Vergleiche • Tukey-Post-Hoc-Test
Park et al. (2016) USA	Comparison of Reasons for Nurse Turnover in Magnet and Non-Magnet Hospitals	Identifikation von spezifischen Trennungsgründen von Pflegefachpersonen auf Abteilungen in Magnet- und Nicht-Magnet-Krankenhäusern	quantitativ deskriptive Korrelationsstudie, Sekundäre Datenanalyse	N = 2958 Abteilungen 479 US-Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • NDNQI monatliche Datenerhebung • Wilcoxon-Mann Whitney-Test • Poisson-Regression • Stata Version 14.0 • Work Schedule Index • Nursing Work Index Revised • Job Content Survey • Hospital Survey • Patient Safety Center of Inquiry Culture Survey • Hospital Survey on Patient Safety Culture.
Trinkoff, et al. (2010) USA	A comparison of working conditions among nurses in Magnet and non-Magnet hospitals.	Vergleich von Arbeitsbedingungen (Zeitplan, Arbeitsanforderungen Praxisumfeld) von Pflegefachpersonen in Magnet- und Nicht-Magnet-Krankenhäusern.	quantitativ sekundäre Querschnittsanalyse	N = 837 RN 162 Magnet-RN 675 Nicht-Magnet-RN 171 US-Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • SPSS 15.0 • T-Test • Pearson Chi2 • Fischer exact test • Huber-White sandwich estimator of variance

3.2 Vergleich der Studienergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der neun ausgewählten Studien präsentiert, welche die gestellte Forschungsfrage beantworten. Um die einzelnen Aspekte hervorzuheben, wurden die Ergebnisse in Unterpunkte kategorisiert. Die genannten Unterpunkte wirken sich auf die Arbeitszufriedenheit und folgend auf die Fluktuationsrate von Pflegefachpersonen aus. Zur Veranschaulichung wurde die folgende Abbildung 4 erstellt.

Abbildung 4

Kategorisierung der Ergebnisse (Autorinnen, 2021)



Anmerkung: Grafik durch Autorinnen erstellt.

3.2.1 Arbeitsumfeld

Die Untersuchung von Lacey et al. (2007) zeigt, dass Pflegefachpersonen, welche in Magnet-Krankenhäusern arbeiten, die Unterstützung für ihr Berufsbild positiver wahrnehmen als Pflegefachpersonen, welche in nicht-magnet oder -magnet-anstrebenden Krankenhäusern arbeiten. Die Ergebnisse zeigen, dass das Magnet-Anerkennungsprogramm erfolgreich implementiert wurde, indem das Arbeitsumfeld für Pflegende verbessert werden konnte. Laut Kramer et al. (2011) waren viele statistisch signifikante Zusammenhänge von Healthy Work Environment (HWE)-Abteilungen erkennbar. Allerdings waren dabei nur wenige konstante, identifizierbare Muster ersichtlich. Ein wiederkehrendes Ergebnis ist, dass Pflegefachpersonen mit bis zu drei Jahren oder über 30 Jahren Berufserfahrung ihr Arbeitsumfeld als gesünder empfinden als die Pflegefachpersonen in anderen Erfahrungsgruppen. Zudem bestätigt ein höherer Prozentsatz von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss ein HWE als Pflegefachpersonen mit anderen Ausbildungen. Ebenfalls wurde in der Studie von Kelly et al. (2011) in Magnet-Krankenhäusern eine signifikant bessere Arbeitsumgebung gemessen ($t=-5.29=P.001$). In der Studie von Kol et al. (2017) wurde eine Intervention implementiert, welche dem MRP® gleicht, um die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen zu verbessern. Nachdem die Intervention implementiert wurde, war eine signifikante Steigerung der Zufriedenheit bezüglich der Arbeitsumgebung von 57,07% auf 69.01% ersichtlich.

3.2.2 Autonomie

In der Studie von Kooker und Kamikawa (2011) wurde ein Pilotinterventionsprogramm implementiert. Dieses orientiert sich am MRP® und soll die «Outcomes» der Patienten und Patientinnen sowie der Pflegefachpersonen verbessern. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Autonomie und Entscheidungsfähigkeit der Pflegefachpersonen innerhalb von zwei Jahren von 41.13 Prozent auf 47.97 Prozent gesteigert werden konnte. Auch Chen und Johantgen (2010) beschreiben die Autonomie als einen signifikanten Parameter der Arbeitszufriedenheit ($\beta=0.345$).

3.2.3 Ausbildung

Die Ergebnisse von Kramer et al. (2011) weisen darauf hin, dass auf Work Environment Needing Improvement (WENI)-Abteilungen signifikant mehr Pflegefachpersonen ohne Bachelorabschluss arbeiten als auf Very Healthy Work Environment (VHWE)- oder HWE-Abteilungen. Zudem waren signifikante Unterschiede nach Art des Spitals und nach Ausbildung des Pflegepersonals erkennbar. Alle, bis auf eines der 13 akademischen Lehrkrankenhäuser, hatten einen signifikant ($\chi^2 = 2776,961$; $P \leq 0,000$) höheren Anteil an Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss als die 21 kommunalen Spitäler. Anhand der Untersuchung zur Ausbildung, Erfahrung und Betriebszugehörigkeit der Pflegefachpersonen nach den acht Arbeitsprozessen und -Beziehungen waren bei sieben der acht Arbeitsprozesse signifikante Unterschiede erkennbar. Die Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss schnitten bei allen Arbeitsprozessen besser ab, ausser bei interprofessionellen Beziehungen zwischen Arzt oder Ärztin und der Pflegefachperson. Chen und Johantgen (2010) haben in ihrer Studie erkannt, dass die professionelle Weiterentwicklung einen signifikanten Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit hat ($b = 0.476$).

3.2.4 Arbeitszeiten

Pflegefachpersonen in Magnet-Krankenhäusern machen laut Trinkoff et al. (2010) weniger häufig obligatorische Überstunden und Bereitschaftsdienst. Die Arbeitsstunden pro Tag und Woche sind zwischen Magnet- und Nicht-Magnet-Krankenhäusern jedoch identisch. Laut Kramer et al. (2011) ist ein signifikanter Unterschied bezüglich der zwölfstunden Schichten erkennbar. Dabei arbeitet einerseits ein größerer Prozentsatz der Pflegefachpersonen der WENI-Abteilungen tagsüber zwölf Stunden als die Pflegefachpersonen der anderen beiden Gruppen. Andererseits arbeitet ein größerer Prozentteil der Pflegefachpersonen der HWE-Abteilungen nachts zwölf Stunden als der anderen beiden Gruppen.

3.2.5 Arbeitsbelastung

Anhand der Studie von Lacey et al. (2007) wird aufgezeigt, dass die Arbeitsbelastung von Pflegefachpersonen, welche in Magnet-Krankenhäusern arbeiten, signifikant niedriger ist als bei Pflegefachpersonen, welche in Magnet-Anstrebenden-, oder Nicht-Magnet-Krankenhäusern arbeiten. Die Ergebnisse von Trinkoff et al. (2010) legen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen und die psychischen Arbeitsanforderungen insgesamt nur geringe

Unterschiede zwischen Magnet- und Nicht-Magnet-Krankenhäusern dar. Jedoch wurde bei den Pflegefachpersonen in Magnet-Krankenhäusern eine geringere physische Anforderung festgestellt ($p=0.034$).

Kutney-Lee et al. (2015) beschreiben, dass Pflegefachpersonen in Nicht-Magnet-Institutionen im Schnitt 5.8 Patienten und Patientinnen pro Schicht betreuen. Hingegen werden in Magnet-Institutionen lediglich 4.9 Patienten und Patientinnen pro Pflegefachperson gepflegt ($p<0.001$). Die Studie von Kelly et al. (2011) zeigt ebenfalls auf, dass in Magnet-Krankenhäusern die «Nurse-to-Patient-Ratio» signifikant niedriger ist ($t=5.29$, $P<0.001$). Zudem wurde in beiden Studien erkannt, dass Pflegefachpersonen in Magnet-Krankenhäusern deutlich weniger Burnout gefährdet sind. Dazu erläutern Kelly et al. (2011), dass Pflegefachpersonen in Magnet-Krankenhäusern 13 Prozent weniger Burnout gefährdet sind. In der Studie von Kutney-Lee et al. (2015) beträgt der Mittelwert diesbezüglich in Nicht-Magnet-Krankenhäusern 38.4, während er in Magnet-Krankenhäusern 29.7 beträgt ($p<0.001$).

3.2.6 Patientenbetreuung

In der Studie von Kramer et al. (2011) wurden hochsignifikante Unterschiede ($F = 79,173$; $P \leq 0,000$) in der Bewertung der Qualität der Patientenpflege nach Abteilungstyp festgestellt. Dabei haben Pflegefachpersonen auf VHWE-Abteilungen die Qualität der geleisteten Pflege signifikant höher eingeschätzt als Pflegefachpersonen auf HWE- und WENI-Abteilungen. Bei den Untersuchungen von Kutney-Lee et al. (2015) schätzten die Pflegefachpersonen die Pflegequalität ein. Dabei ist die Pflegequalität ($p<.001$) in Magnet-Krankenhäusern signifikant höher eingeschätzt worden als in Nicht-Magnet-Krankenhäusern. Kutney-Lee et al. (2015) haben zudem eine signifikante Verbesserung der Patientenoutcomes festgestellt. Auch in der Studie von Kooker und Kamikawa (2011) stieg die Patientenzufriedenheit an und die Dekubitusrate auf der Intensivabteilung konnte signifikant reduziert werden.

3.2.7 Führung

Kol et al. (2017) haben in ihrer Untersuchung erkannt, dass die Unterstützung durch die Führung und die damit verbundene Arbeitszufriedenheit signifikant verbessert werden konnten ($p<.001$). Dies war möglich, durch häufigere Leistungsbeurteilungen, ein verändertes Lohnsystem und die gesteigerte Effektivität der institutionellen Entscheidungsprozesse. Chen und Johantgen (2010) haben bei ihrer Untersuchung in

Belgien und Deutschland geprüft, ob bereits Attribute des MRP® existieren und ob diese einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen haben. Dabei haben sie festgestellt, dass die Qualität der pflegerischen Führung einen signifikanten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen hat ($b = 0.472$). Der «Management Style» ist dabei ein signifikanter Faktor für die berufliche Zufriedenheit auf der Ebene der Pflegefachpersonen ($b = 0,664$). Anhand der Einschätzungen der Pflegefachpersonen mittels der PES-NWI wird in der Studie von Kutney-Lee et al. (2015) die Unterstützung durch die Führungspersonen ($p < .001$) in Magnet-Krankenhäusern signifikant höher als in Non-Magnet-Krankenhäusern eingeschätzt (als exzellent angegeben).

3.2.8 Arbeitszufriedenheit

Die Ergebnisse von Lacey et al. (2007) legen dar, dass die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen, die in Magnet-Krankenhäusern arbeiten signifikant höher ist als bei Pflegefachpersonen, welche in Magnet-Anstrebenden- oder Nicht-Magnet-Krankenhäusern arbeiten. Kelly et al. (2011) belegen in ihrer Studie, dass bezüglich der Arbeitszufriedenheit signifikante ($p < .05$) Unterschiede festgestellt wurden.

Pflegefachpersonen in Magnet-Krankenhäusern neigen 18% weniger zu beruflicher Unzufriedenheit. Laut Kutney-Lee et al. (2015) sind ebenfalls signifikante ($p < 0.001$) Unterschiede bezüglich der Arbeitszufriedenheit zwischen Nicht-Magnet- und Magnet-Krankenhäusern ersichtlich. Die Studie von Trinkoff et al. (2010) konnte hingegen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen zwischen den zwei Krankenhaustypen feststellen.

3.2.9 Fluktuationsrate

Die Ergebnisse von Park et al. (2016) liefern Beweise, dass Nicht-Magnet-Abteilungen eine höhere Fluktuationsrate von Pflegefachpersonen aufweisen. Dies ergibt sich aufgrund des allgemeinen Arbeitsumfeldes, insbesondere der Personalausstattung, Arbeitsbelastung und Erlangung einer Position mit wünschenswerterem Arbeitsplan. Dabei ist der Mittelwert (SD) der totalen Pflegefachpersonen-Fluktuation auf Nicht-Magnet-Abteilungen höher (27.22) als auf Magnet-Abteilungen (25.13). Je nach Magnet-Status wurden signifikante Unterschiede ($z = 2.013$, $P = .044$) in den Fluktuationsraten und Begründungen festgestellt. Beispielsweise haben Nicht-Magnet-Abteilungen eine 4,684-mal höhere Fluktuationsrate von Pflegefachpersonen aufgrund der gegebenen Personalausstattung und der Arbeitsbelastung ($P = .007$). Des Weiteren weisen Nicht-Magnet-Abteilungen im Vergleich zu Magnet-Abteilungen eine 1,544-mal höhere

Stähelin, Elena, Galli, Corina

Fluktuationsrate von Pflegefachpersonen aufgrund der allgemeinen Arbeitsumgebung auf ($P = .042$). Zudem wurde in der Studie von Park et al. (2016) ein Zusammenhang zwischen dem Magnet-Status und der Fluktuation der Pflegefachpersonen in Bezug auf bessere Arbeitsplanung, weniger hohe Belastung und eine höhere Anzahl vorhandener Pflegefachpersonen erkannt. Die Resultate von Lacey et al. (2007) zeigen auf, dass die Absicht, in der aktuellen beruflichen Position zu bleiben, bei Pflegefachpersonen aus Magnet-Krankenhäusern signifikant höher ist. Dies steht im Vergleich zu Pflegefachpersonen, welche in Magnet-Anstrebenden- oder Nicht-Magnet-Krankenhäusern arbeiten. Auch in der Studie von Kutney-Lee et al. (2015) wollen in Nicht-Magnet-Krankenhäusern signifikant mehr Pflegefachpersonen (13.4) den Arbeitgeber verlassen als in Magnet-Krankenhäusern (8.86, <0.01). Die Ergebnisse von Kelly et al. (2011) zeigen ähnliche Resultate auf. In Magnet-Krankenhäusern wollen signifikant weniger Pflegefachpersonen den aktuellen Arbeitgeber verlassen ($p < .05$). Kooker und Kamikawa (2011) ist es nach der Implementation des Pilotprogrammes gelungen, die Retentionsrate innerhalb von zwei Jahren von 55.97 Prozent im Jahr 2005 auf 68.2 Prozent im Jahr 2009 signifikant zu steigern. Ebenfalls waren im Jahr 2009 signifikant weniger Stellen frei (2005 11.26%, 2009 6.7%). Die Forschenden beschreiben in diesem Zusammenhang, dass die erhöhte Retentionsrate die Kosteneinsparung stark beeinflusst hat. Ein Berufsaustritt einer Pflegefachperson verursacht Kosten von fast 120'000 Dollar.

3.3 Weiterführende Literatur

Studien haben laut ANA (n.d.) gezeigt, dass die Arbeitsumgebung der Pflegefachpersonen den Pflegestandard direkt beeinflusst. Bei der Entwicklung zum Magnet-Krankenhaus verpflichtet sich die Organisation zu höchster Qualität in der Gesundheitsversorgung. Diese Qualität wird nicht nur in einer niedrigeren Mortalitätsrate und kürzeren Hospitalisationen, sondern auch in der Erfahrung aller Patienten und Patientinnen gespiegelt, welche in einem Magnet-Krankenhaus hospitalisiert waren. Das MRP® zeichnet sich durch niedrigere Betriebskosten bei gleichzeitig höchster Qualität des Personals aus. Zudem hat es einen positiven Effekt auf den Ruf. Die Krankenhäuser werden durch den Magnet-Status wettbewerbsfähiger.

In der Studie von Gookenbach et al. (2011) wurde der stärkste Zusammenhang zwischen dem Magnet-Status und der Zufriedenheit des Pflegefachpersonals festgestellt. Die Autonomie in der Praxis, die strukturelle Ermächtigung und die Beteiligung an Entscheidungsprozessen führt beim Pflegefachpersonal zu einer hohen Zufriedenheit.

Diese wiederum wirkt sich positiv auf die Vakanz- und Fluktuationsraten aus.

Pflegefachpersonen, welche in einem Magnet-Krankenhaus arbeiten, bleiben eher als Pflegefachpersonen, welche nicht in einem Magnet-Krankenhaus arbeiten. Dies führt bei den Krankenhäusern zur Einsparung von Kosten, welche mit viel Fluktuationen und Leerstandskosten konfrontiert sind. Trotz der positiven Einflüsse des MRP® wird der Pflegekräftemangel zunehmen, dabei werden Krankenhäuser, welche ein attraktives Arbeitsumfeld bieten, Pflegefachpersonen anziehen.

In Studien wurden laut ANA (n.d.) folgende Merkmale von magnet-erkannten Organisationen beschrieben:

- Qualität und Sicherheit
 - Höhere Akzeptanz der sicheren Praktiken des National Quality Forum
 - Geringere Fehlversorgung in der Pflege
 - Höhere Unterstützung für die Durchführung evidenzbasierter Praktiken
 - Vom Pflegepersonal wahrgenommene höhere Qualität der Pflege
 - Höhere Bewertungen der Patientenerfahrung im Krankenhaus
- Patienten-Ergebnisse
 - Niedrigere Sterblichkeitsraten
 - Geringere Ausfallraten bei der Reanimation
 - Geringere Sturzszenarien bei Patienten und Patientinnen
 - Geringere nosokomiale Infektionen
 - Geringere Raten von Dekubitus im Krankenhaus
 - Geringere Raten von Blutstrominfektionen, die durch zentrale Leitungen verursacht werden
- Kostenvorteile
 - Durch geringere Pflegefachpersonal-Fluktuation
 - Geringere Hospitalisationsdauer
 - Höhere stationäre Nettoeinnahmen

4. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die beschriebenen Studien kritisch betrachtet und deren Qualität beurteilt. Die anschliessende Diskussion von Gemeinsamkeiten und Unterschieden hilft dabei, die Resultate zu vergleichen. Zuletzt wird auf die Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg Bezug genommen.

4.1 Kritische Würdigung

Einleitend ist zu erwähnen, dass bis auf eine Studie, welche im Jahr 2007 publiziert wurde, alle zwischen den Jahren 2010 und 2017 erstellt wurden, wodurch von einem aktuellen Forschungsstand ausgegangen werden kann. Dazu muss gesagt werden, dass die Studien in Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen, politischen und wirtschaftlichen Ressourcen durchgeführt wurden. Sieben Studien stammen aus den USA und jeweils eine Europa und der Türkei. Bei einer potenziellen Übertragbarkeit des MRP® in das Schweizer Gesundheitswesen müsste dies berücksichtigt werden.

4.1.1 Forschungsziel

Das Forschungsziel ist bei allen Studien klar ersichtlich, wobei die Forschungsfragen nicht bei allen Studien transparent dargestellt wurden. Die Untersuchungsziele unterscheiden sich bei allen Studien, beinhalten jedoch häufig identische Teilaspekte. Eine Hypothese wird lediglich in den Studien von Kramer et al. (2011) sowie Trinkoff et al. (2010) genannt. Der Forschungsbedarf wird bei allen Studien ausreichend aufgezeigt.

4.1.2 Studiendesign

Es handelt sich bei allen, bis auf eine Studie von Kooker und Kamikawa (2011), um einen quantitativen Forschungsansatz. Zum Studiendesign wurden von Kol et al. (2017), Kooker und Kamikawa. (2011) und Lacey et al. (2007) keine Angaben gemacht. Dabei war es teilweise herausfordernd, anhand der Datenerhebung und Auswertung das gegebene Studiendesign abzuleiten. Vor allem in der Studie von Kooker und Kamikawa. (2011) war die Ermittlung des verwendeten Studiendesigns erschwert. Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem Design ist nicht klar verständlich. Es werden einzig die Fokusgruppen genannt, was auf ein qualitatives Design schliessen lässt. Bei den sechs anderen Studien wurde das Studiendesign beschrieben, die Auswahl scheint zur Beantwortung der Fragestellung nachvollziehbar. Dass, bis auf eine der eingeschlossenen Studien, alle einen quantitativen Ansatz haben, ist anhand der Fragestellung dieser Bachelorarbeit sinnvoll und nachvollziehbar. Jedoch sind qualitative Studien im

Zusammenhang mit der Befindlichkeit der Pflegefachpersonen in diesem Zusammenhang ebenfalls wichtig.

4.1.3 Stichprobe

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden bei Kol et al. (2017), Kooker und Kamikawa (2011), Lacey et al. (2007) und Kelly et al. (2011) nicht explizit beschrieben. Bei den fünf anderen Studien wurden die Ein- und Ausschlusskriterien nachvollziehbar erwähnt, aber nur teilweise begründet.

In der Studie von Kol et al. (2017) ist die Samplegrösse beim Prätest und Posttest homogen, jedoch eher klein. Kooker und Kamikawa (2011) machen keine Angaben zum Sample, es wird lediglich erwähnt, dass es sich um ein 505 Betten Krankenhaus handelt. Die Untersuchung von Kramer et al. (2011) wurde anhand von einer grossen Stichprobenzahl durchgeführt. Die Stichprobe ist für das Design von Kuttney-Lee et al. (2015) angebracht und für die Zielgruppe repräsentativ. Die Studien von Park et al. (2016), Lacey et al. (2007), Kelly et al. (2011) und Chen und Johantgen (2010) weisen auf ein angemessenes Sample hin. Das Sample in der Studie von Trinkoff et al. (2010) erscheint für das gewählte Studiendesign eher klein, weshalb die Ergebnisse nur mit grosser Vorsicht verallgemeinert werden können. Die Verteilung von Magnet- zu Nicht-Magnet-Krankenhäusern ist bei den fünf genannten Studien sowie bei Kuttney-Lee et al. (2015) unverhältnismässig. Die Aussagekraft und Verallgemeinerbarkeit der Studien können dadurch verringert werden.

5.1.4 Instrumente

Die Datenerhebung wurde bei Chen und Johantgen. (2010), Kuttney-Lee et al. (2015), Park et al. (2016), Lacey et al. (2007) und Trinkoff et al. (2010) mittels einer sekundären Datenanalyse durchgeführt. Dies könnte sich negativ auf die Objektivität der Studien ausgewirkt haben. Bis auf die Studie von Kooker und Kamikawa (2011) wurden die Daten in allen weiteren Studien, soweit dies beurteilbar ist, vollständig und von allen Teilnehmenden identisch erhoben. Die Studie von Kooker und Kamikawa (2011) weist im allgemeinen mangelhafte Informationen zur Datenerhebung auf.

Mit Ausnahme der Studie von Kol et al. (2017) sind alle verwendeten Messinstrumente reliabel und valide. Die Messinstrumente in der Studie von Kol et al. (2017) wurden nicht auf die Validität oder Reliabilität geprüft. Der Cronbachs α -Koeffizient weist jedoch einen ausgezeichneten Wert auf.

4.1.5 Datenanalyse

Die verwendeten statistischen Tests werden mit Ausnahme der Studie von Kol et al. (2017) bei allen quantitativen Studien umfassend beschrieben und sind, soweit beurteilbar, sinnvoll gewählt. In der Studie von Kol et al. (2017) wird das Vorgehen bezüglich Analyse nur knapp beschrieben, die Implementation der Intervention ist jedoch detailliert beschrieben. In der qualitativen Studie von Kooker und Kamikawa (2011) wurden die Fokusgruppen von externen Personen geleitet. Dabei wurden Sprachaufnahmen durchgeführt, welche detailanalysiert und kategorisiert wurden. Von den Autoren wurde keine Aussage bezüglich der Qualität gemacht, die Berechnung der Variablen ist unklar. Lediglich in den Studien von Park et al. (2016) und Kramer et al. (2011) wurde das Signifikanzniveau im Methodenteil bei $\alpha < 0.05$ festgelegt. Im Ergebnisteil wiederum wurde bei den quantitativen Studien von einem statistischen Ergebnis gesprochen, wenn der p-Wert < 0.05 liegt.

4.1.6 Ethik

In der Mehrheit der Studien wurden keine Angaben bezüglich einer Genehmigung durch die Ethikkommission gemacht, was sich negativ auf die Qualität der Studien auswirken kann. Dazu zählten die Studien von Kooker et al. (2011), Kutney-Lee et al. (2015), Kramer et al. (2011), Lacey et al. (2007) und Kol et al. (2017). Lediglich in den Studien von Kelly et al. (2011), Trinkoff et al. (2010), Chen und Johantgen (2010) und Park et al. (2016) wurde die Genehmigung durch Ethikkommissionen dargelegt. Da es sich bei fünf Studien um eine sekundäre Datenanalyse handelt, wäre es möglich, dass bei der primären Studie eine Genehmigung eingeholt wurde. Die Studie von Kelly et al. (2011) wurde vom hausinternen Review Board genehmigt, was als fraglich angesehen werden kann.

Ob die Teilnehmenden eine Einverständniserklärung abgegeben haben, ist bei den meisten Studien nicht klar beschrieben, dies könnte ebenfalls mit der Verwendung sekundärer Daten zusammenhängen. In der Studie von Lacey et al. (2007) und Kol et al. (2017) wurde beschrieben, dass die Teilnahme freiwillig war, wodurch davon ausgegangen werden kann, dass das Einverständnis der Teilnehmenden vorhanden ist.

4.1.7 Ergebnisse

Bis auf die Studie von Kooker und Kamikawa (2011) wurden alle Ergebnisse nachvollziehbar beschrieben und übersichtlich dargestellt. Dabei wurden die Resultate zusätzlich anhand von Tabellen dargelegt. Insgesamt ist der Ergebnisteil von Kooker und Kamikawa (2011) zu knapp und ungenau beschrieben. Die Daten können schlecht interpretiert werden, da die Zahlen auch nicht in Relation gestellt worden sind.

4.1.8 Diskussion

Die Forschungsziele konnten in allen Studien beantwortet werden, dabei wurden die Ergebnisse in den meisten Studien diskutiert und anhand von anderen Studien verglichen. Die Hypothese Kramer et al. (2011) wird nur teilweise belegt. In der Studie von Kelly et al. (2011) wurden die Resultate nicht mit weiteren Studien, Theorien oder Konzepten verglichen, es scheint so, als ob es den Autoren vor allem darum ging, die Hypothese von Trinkoff et al. (2010) zu widerlegen.

Die Limitationen wurden in fast allen Studien kritisch beschrieben, dabei wurden die Stärken der Studien meist nicht erwähnt. Kuttney-Lee et al. (2015) haben die Limitationen ihrer Studie nur sehr knapp beschrieben. Der weitere Forschungsbedarf sowie die Praxisempfehlungen wurden von fast allen Autoren und Autorinnen erläutert. Lediglich Kelly et al. (2011) und Kooker und Kamikawa (2011) haben keine weiteren Empfehlungen an die Praxis abgegeben.

5.1.9 Evidenzstufe

Da es sich bei allen neun Studien um Originalstudien handelt, können diese anhand der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) der untersten Evidenzstufe zugeordnet werden. Die Evidenzlage der analysierten Studien kann daher als gering angesehen werden.

4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die Auswirkungen vom MRP® auf die Pflegefachpersonen in vieler Hinsicht sehr positiv sind. Die aktuelle Literaturrecherche hat gezeigt, dass die Arbeitszufriedenheit anhand der sieben verschiedenen Faktoren (siehe Abbildung 4) deutlich verbessert wird. Beispielsweise sind laut Kelly et al. (2011) Pflegefachpersonen in Magnetkrankenhäusern zu 18% weniger unzufrieden ($P < 0.5$). Die höhere Arbeitszufriedenheit hat zudem kurz- sowie langfristig positive Auswirkungen auf die Fluktuationsrate. Die Ergebnisse von Park et al. (2016), Lacey et al. (2007), Kutney-

Lee et al. (2015) sowie Kelly et al. (2011) stärken die Evidenz, dass Magnet-Krankenhäuser signifikant niedrigere Fluktuationsraten haben oder signifikant weniger Pflegefachpersonen den aktuellen Arbeitgeber verlassen möchten. Die Studie von Kooker und Kamikawa (2011) hat hierzu aufgezeigt, dass die Kosten pro Pflegefachperson, welche ersetzt werden muss bei 120'000 US-Dollar liegen. Durch geringere Fluktuationen können deshalb grosse Kosteneinsparungen gemacht werden. Dies sollte Anreiz genug sein, die Arbeitszufriedenheit anhand der verschiedenen Faktoren zu verbessern. Die Studie von Kutney-Lee et al. (2015) bietet erste Erkenntnisse, dass die Investition in eine Magnet Recognition sehr positive Auswirkungen hat. Durch bessere Outcomes für Pflegefachpersonen sowie Patienten und Patientinnen können langfristig gesehen die Kosten stark gesenkt werden.

Vor allem in Bezug auf die Zufriedenheit mit den Führungspersonen konnte in der Studie von Kol et al. (2017) ein signifikanter Unterschied erkannt werden ($p < .001$). Dieser wurde mittels Implementierung von Leistungsbeurteilungen, Beförderungen, einem Lohnsystem und durch institutionelle Entscheidungsprozesse gesteigert. Auch Chen und Johantgen (2010) beschreiben, dass eine gute Führung einen signifikanten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen hat. Von Lacey et al. (2007) wurde ebenfalls bestätigt, dass durch einen einfachen Zugang zu einer Pflegedienstleitung die Zufriedenheit der Pflegefachpersonen erhöht werden kann. Die Pflegefachpersonen benötigen die Sicherheit, dass sie bei Problemen während ihrer Schicht einen Fürsprecher und Ansprechpartner haben, welcher berät und unterstützt. Auch anhand der Ergebnisse von Kramer et al. (2011) ist zu erkennen, dass die Unterstützung, Führung und Befähigung von visionären Führungskräften eine Auswirkung auf ein gesundes Arbeitsumfeld haben. Dabei stieg die Zufriedenheit bezüglich der Arbeitsumgebung in den Magnet-Krankenhäusern laut Kelly et al. (2011) signifikant an ($t = -5.29$, $P = .001$). Auch Kol et al. (2017) beschreiben einen massiven Anstieg der Zufriedenheit nach Implementation der Interventionen. Als einzige der neun Studien zeigen Chen et al. (2010) auf, dass der Lohn der wichtigste Faktor für die berufliche Zufriedenheit der Pflegefachpersonen ist.

Eindrücklich waren die Ergebnisse von Kelly et al. (2011). Dabei hat eine signifikant höhere Anzahl der Pflegefachpersonen im Magnet-Krankenhaus einen Bachelorabschluss oder höheren Bildungsstand ($t = -2.27$, $P < .05$). Auch Kutney-Lee et al. (2015) erkennen, dass in Magnet-Krankenhäusern mehr universitär ausgebildetes Personal (Magnet Institutionen 45%, Nicht-Magnet 33%, $p < .0.01$) arbeitet. Die Autonomie und die

professionellen Weiterbildungsmöglichkeiten spielen laut Chen und Johantgen (2010) eine wichtige Rolle. Die Autonomie und die Entscheidungsfähigkeit der Pflegefachpersonen konnte laut der Studie von Kooker und Kamikawa (2011) von 41.13 auf 47.97 gesteigert werden.

Lediglich in der Studie von Trinkoff et al. (2010) wurden nur wenige Unterschiede gefunden. Dieses Ergebnis ist jedoch nicht völlig unerwartet, da das MRP® sich vordergründig auf die Strukturen und Prozesse und nicht die Arbeitszeiten und Arbeitsanforderungen fokussiert.

Überraschenderweise zeigen die Ergebnisse von Trinkoff et al. (2010) auf, dass der Magnet-Status nicht zwingend bedeutet, dass bessere Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Viel mehr werden hier die vorhandenen Prozesse verbessert. Einige Punkte, wie beispielsweise die unregelmässigen Arbeitszeiten, sind auch in Magnet-Krankenhäusern gegeben und können nicht durch das MRP® beeinflusst werden. Krankenhäuser müssen attraktiver und funktional sein, wenn sie Pflegefachpersonen rekrutieren und halten wollen. Aufgrund der Herausforderungen im Gesundheitswesen, vor allem in Bezug auf finanzielle Beschränkungen, ist es die Aufgabe der Führungskräfte, angemessener und gezielter Ressourcen für den Pflegealltag bereitzustellen. Die Anziehung und Bindung von Pflegefachpersonen ist entscheidend, da besser ausgebildete Pflegefachpersonen eine sicherere Pflege und bessere Patientenoutcomes ermöglichen.

4.3 Bezug zum Modell

Zwischen der Zwei-Faktoren-Theorie nach Herzberg, den Ursachen von Arbeitsunzufriedenheit von Pflegefachpersonen sowie den Elementen der Entstehung von Arbeitszufriedenheit nach Warr und Clapperton (2011) sind viele Korrelationen ersichtlich. Zur vereinfachten Darstellung werden in der Tabelle 5 die Ursachen der Unzufriedenheit der Pflegefachpersonen nochmal beschrieben und in Verbindung mit Herzbergs Zwei-Faktoren-Theorie gebracht.

Tabelle 5*Gegenüberstellung der Elemente der Arbeitszufriedenheit*

Elemente welche Arbeitszufriedenheit entstehen lassen (Warr & Clapperton, 2011)	Ursachen in der Pflegebranche welche zu Unzufriedenheit führen	Herzbergs Zwei-Faktoren-Theorie «<» = Unzufriedenheit «>» = Zufriedenheit
Angemessenes physisches Umfeld	Hohe Belastung Unregelmässige Arbeitszeiten	Hygienefaktor <
Persönlicher Einfluss, Einsatz eigener Fähigkeiten	Zu wenig Autonomie, fehlender Einfluss der Pflegefachpersonen auf die Arbeitsweise	Motivator <
Anerkennung und Wertschätzung (Geld)	Ungenügende Wertschätzung, Vorgesetzte die Pflegefachpersonen mangelnd wertschätzen	Motivator & Hygienefaktor <
Geld	Allgemeine Arbeitsbedingungen, mässige Entlohnung	Hygienefaktor <
Abwechslung		Motivator >
Klare Aufgaben und Perspektiven/Gute Karrierechancen	Mangelnde Weiterbildungsmöglichkeiten	Motivator </>
Soziale Kontakte		Hygienefaktor >
Fairness		Motivator >

Betrachtet man die Tabelle 5, so sieht man, dass Pflegefachpersonen sich im Spektrum der Unzufriedenheitssparte wiedererkennen. In diesem Sinne ist das Veränderungspotential der Institutionen im Bereich der Motivatoren und der Hygienefaktoren sehr hoch. Bei den Hygienefaktoren könnte man unter anderem für gesündere Arbeitsbedingungen sorgen; beispielsweise, indem durch eine tiefere «Nurse-to-patient-ratio» qualitativ bessere Arbeitsweisen eingehalten werden können oder durch ausreichend vorhandene Hilfsmittel damit ergonomischere Bedingungen bei der Mobilisation geschaffen werden. Dass der Schichtdienst zum Pflegeberuf dazugehört, ist selbsterklärend. Gerade deshalb ist eine gute Dienstplanung essenziell. Dabei sollte

genügend Spielraum vorhanden sein, um den Pflegefachpersonen mit dem Dienstplan soweit als möglich entgegen zu kommen - beispielsweise, indem darauf geachtet wird, dass eine gewisse Kontinuität der Schichten geschaffen wird oder dass nach Nachtdiensten genügend Ruhezeit eingeplant wird. Als grosser Motivator könnten ausreichende Möglichkeiten von Weiterbildung und Aufstiegsmöglichkeiten sowie die Anerkennung durch Führungspersonen genannt werden. In der Studie von Kol et al. (2017) konnte durch flache Hierarchien die Arbeitszufriedenheit in Bezug auf die Führungskräfte signifikant gesteigert werden ($p < .001$).

5. Schlussfolgerung

In diesem Kapitel wird Bezug zur Fragestellung genommen. Es wird diskutiert, ob die Schweiz die Attribute des MRP® erfüllt und dieses grundsätzlich in das Schweizer Gesundheitswesen implementiert werden könnte. Zuletzt wird Bezug auf das theoretische Modell genommen. Die Limitationen dieser Arbeit sowie der weitere Forschungsbedarf werden erläutert.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Während der Literaturrecherche konnte festgestellt werden, dass weder PubMed® noch CINAHL® Complete über Artikel verfügt, welche das MRP® in Verbindung mit den Schweizer Gesundheitsinstitutionen untersuchen. Dies wirkt überraschend, da die Ergebnisse von allen inkludierten Studien, bis auf die Studie von Trinkoff et al. (2010), äusserst positiv waren. Das MRP® scheint anhand der vorliegenden Ergebnisse insgesamt sehr interessante Ansätze zu enthalten, welche die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen in der Schweiz deutlich steigern und somit der hohen Fluktuationsrate entgegenwirken könnten. Daher stellt sich den Autorinnen die Frage, weshalb das MRP® trotz der eindeutig positiven Auswirkungen bis anhin nicht implementiert wurde. Die leitende Fragestellung: «Welche Möglichkeiten bietet das MRP® als Lösungsansatz zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit bei Pflegefachpersonen in Schweizer Akutspitälern und zur Reduktion der Berufsausstiegsrate?» kann anhand der vorliegenden Studien nicht eindeutig beantwortet werden. Im folgenden Abschnitt wird daher diskutiert, welche Voraussetzungen für die Implementation des MRP® erfüllt werden müssen. Weiter wird beschrieben, ob es bereits Krankenhäuser in der Schweiz gibt, welche sich zum «Magnet Hospital» auszeichnen lassen möchten und ob das MRP® eine realistische Intervention wäre, um die Arbeitszufriedenheit von Schweizer Pflegefachpersonen zu erhöhen.

5.1.1 MRP® - BSc wird für die Leitungsteams vorausgesetzt

Um sich für das MRP® bewerben zu können, müssen gemäss der ANA (n.d.) folgende Punkte erfüllt sein.

1. Die Pflegedienstleitung (von der ANA «Chief Nursing Officer» genannt) muss mindestens einen Masterabschluss haben. Falls dieser Abschluss nicht in Pflege absolviert wurde, muss entweder der Bachelorabschluss (BSc) oder der PhD Abschluss in Pflege vorhanden sein.
2. Stationsleitungen (als «Nurse Managers» beschrieben) müssen mindestens über einen BSc in Pflege verfügen.
3. Die ANA nennt «Nurse leaders», damit gemeint sind Pflegefachpersonen wie beispielsweise Bildungsverantwortliche oder Fachexperten und Fachexpertinnen. Diese müssen ebenfalls mindestens einen BSc nachweisen.

5.1.2 MRP® – die aktuelle Situation in der Schweiz.

Auf der Webseite des Universitätsspitals Zürich (USZ), eines der grössten Krankenhäuser der Schweiz, wird erläutert, dass sie sich an den Attributen des MRP® orientieren. Dabei beschreiben sie, dass die international führenden Magnet-Krankenhäuser als Vorbilder für eine professionelle Pflege angesehen werden. Die professionelle Pflege am USZ strebt den Magnet-Status Schritt für Schritt an. Dies bedeutet für die Pflegefachpersonen, die Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige die bestmögliche Pflege. Diese wird auf dem aktuellen Stand der Forschung geboten, um herausragende Patientenergebnisse zu erreichen. Eine befähigende Führung unterstützt die Pflegefachpersonen dabei, gemeinsame Werte, Ziele und Aufgaben zu verfolgen (USZ, n.d.). Gleichzeitig zeigt das USZ an seinem Laufbahnmodell für Pflegefachpersonen und Hebammen auf, dass ab der Stufe 4 (Fachexperten, Gruppenleitungen, Berufsbildnerinnen und Berufsbildner) ein BSc Voraussetzung ist, was nach ANA vermutlich in die Gruppe «Nurse leaders» kategorisiert werden würde. Das Karrieremodell wurde in Anlehnung an das MRP® erstellt. (Spirig et al., 2011)

Auch das Kinderspital Zürich beschreibt in der Strategie 2021-2025 (Kinderspital Zürich, 2020) als Stossrichtung das Magnet-Krankenhaus. Dabei wird unter diesem Punkt die Rekrutierung und Bindung der Mitarbeitenden, flache Hierarchien und Miteinbezug in Entscheidungen inkludiert. Zudem werben Sie mit attraktiven Anstellungsbedingungen und Löhnen. Sie beschreiben, dass die Karrierelaufbahn ein wichtiger Punkt ist und legen

unter anderem Wert auf eine zukunftsorientierte Führungs- und Fachentwicklung. Beide Spitäler zeigen dadurch zwar auf, dass sie das Potential eines möglichen Magnet-Krankenhauses erkannt haben, machen aber keine weiteren genauen Angaben zu Implementierungsschritten.

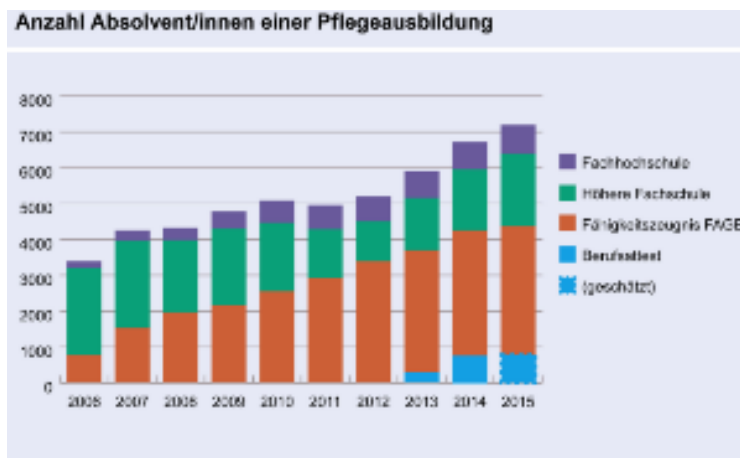
5.1.3 Realistischer Stand: Magnetauszeichnung in der Schweiz

Wie bereits in den Ergebnissen präsentiert wurde, zeichnen Magnet-Krankenhäuser einen hohen Anteil von Pflegefachpersonen aus, welche einen BSc haben.

Während in den USA 2013 bereits 57% der Pflegefachpersonen einen BSc hatten (New York University [NYU],2017), verzeichneten 2015 in der Schweiz die Pflegefachpersonen mit einem BSc Abschluss immer noch die kleinste Gruppe der Pflegeausbildungen (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5

Anzahl Abschlüsse bis 2015 (H+ Die Spitäler der Schweiz. 2021. S. 13)



Anhand dieser Zahlen ist ersichtlich, dass das MRP® aufgrund von diesem Kriterium objektiv betrachtet aktuell nicht in das Schweizer Gesundheitswesen implementiert werden könnte. Auch wenn die Schweiz zurzeit die Aufnahmekriterien nicht erfüllt, erscheint es dennoch als sinnvoll, dass sich die Führungskräfte an den Magnetforces orientieren.

5.2 Limitationen

Folgend werden die Limitationen der vorliegenden Bachelorarbeit von den Autorinnen erläutert.

5.2.1 Mangelnde Güte der verwendeten Studien

Während der Literaturrecherche wurden neun Studien inkludiert, was eine eher kleine Anzahl ist. Um das MRP® aus allen möglichen Perspektiven darzustellen, wäre eine grössere Anzahl nötig. Dies war jedoch im Rahmen dieser Arbeit unrealistisch.

Nachdem alle Artikel kritisch analysiert wurden, konnte festgestellt werden, dass drei der Studien eine mässige Güte aufweisen. Beispielsweise wurde in zwei Artikeln die Methode nicht erläutert, was die Qualität massiv beeinträchtigt. Bei anderen Designs wurde die Datenanalyse oder die Erhebungsmethode nicht genauer beschrieben, was ebenfalls als qualitätsmindernd angesehen wird.

5.2.2 Aktueller Forschungsstand und Kritik am MRP®

Die Autorinnen erweiterten das Zeitfenster der Literaturrecherche bis zum Jahr 2005. Hier kann bemängelt werden, dass der Forschungsstand nicht mehr dem aktuellen entspricht. Es scheint, als ob zwischen Ende der 80er Jahre bis zu den frühen 2000er Jahren sehr viel zu dem MRP® geforscht wurde und danach der Trend etwas abnahm. Dies kann Fragen aufwerfen, wie beispielsweise, ob das MRP® weiterhin aktuell ist oder ob dies heutzutage vor allem als Marketingstrategie der Krankenhäuser verwendet wird. Obwohl versucht wurde, in Bezug auf das MRP® auch kritische Studien mit in die Literaturarbeit miteinzubeziehen, wurde anhand der verwendeten Suchstrategie mit den Limitationen und Ein- und Ausschlusskriterien nur eine Studie gefunden. Lediglich die Studie von Trinkoff et al. (2010) zweifelt den wirklichen Erfolg des MRP® an. Die Ergebnisse könnten dadurch verzerrt werden.

5.2.3 Übertragbarkeit des MRP® in die Schweiz

Wie bereits erwähnt, wurde keine der verwendeten Studien in der Schweiz durchgeführt, zwei davon stammen aus Europa. Da keine der Studien in Ländern mit einem vergleichbaren Gesundheitssystem wie in der Schweiz erhoben wurde, ist eine direkte Übertragbarkeit der Ergebnisse nicht möglich.

5.3 Offene, weiterführende Fragen

Die ursprüngliche Forschungsfrage musste aufgrund von einem Mangel an Studien zu möglichen Interventionen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen angepasst werden, weshalb es laut den Autorinnen empfehlenswert wäre, zukünftig Studien in diesem Bereich durchzuführen. Die aktuellen Zahlen weisen darauf hin, dass die Fluktuationsrate und der Mangel an Pflegefachpersonen steigen werden. Die Forschung sollte sich deshalb auf Massnahmen konzentrieren, welche die Arbeitsbedingungen und damit die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen steigern.

In Bezug auf das MRP® stellt sich die Frage, ob das Modell als eine Marketingstrategie verwendet wurde, mit dem Ziel die Einnahmen und die Wettbewerbsfähigkeit zu steigern. Dazu wäre ein umfangreicheres Literaturreview sinnvoll, welches die effektive Wirksamkeit des MRP® auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen überprüft. Zudem wäre es sinnvoll, eine Studie in der Schweiz durchzuführen, damit eine Übertragbarkeit des MRP® geprüft werden kann.

5.4 Mögliche Aussicht in die Zukunft

Die Autorinnen erhoffen sich, dass anhand des Literaturreviews aufgezeigt werden kann, dass ohne Interventionen der Pflegefachpersonenmangel weiter ansteigen wird. Dabei ist anhand dieser Arbeit klar ersichtlich, dass die Arbeitszufriedenheit stark mit den Arbeitsbedingungen korreliert. Diese wiederum wirkt sich auf die Fluktuationsrate aus. Das Literaturreview zeigt auf, dass anhand der Attribute des MRP® die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit gesteigert werden können. Zudem hat das MRP® laut Kutney-Lee et al. (2015) und Kelly et al. (2011) signifikante Auswirkungen auf die Fluktuationsrate. Dadurch erscheint es als sinnvoll, dass mögliche Interventionen, basierend auf den Attributen vom MRP®, abgeleitet werden. Eine offizielle Anerkennung des Krankenhauses ist hierfür nicht notwendig. Um die Fluktuationsrate zu senken, beschreiben Park et al. (2016), dass Pflegedienstleiter von Nicht-Magnet-Krankenhäusern eine Verbesserung der Flexibilität der Arbeitszeiten, der Personalausstattung und der Arbeitsbelastung anstreben sollen.

6. Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

Bücher:

- Bartholomeyczik, S., & Käppeli, S. (Hrsg.). (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie* (1st ed.). Elsevier, Urban & Fischer.
- Becker, F. (2019). *Mitarbeiter wirksam motivieren: Mitarbeitermotivation mit der Macht der Psychologie*. Springer.
- Burns, N., & Grove, S. K. (Hrsg.). (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden* (1st ed.). Elsevier, Urban & Fischer.
- Fagin, C. M. (2001). *When care becomes a burden: Diminishing access to adequate nursing*. Milbank Memorial Fund.
- Ferreira, Y. (2020). *Arbeitszufriedenheit: Grundlagen, Anwendungsfelder, Relevanz* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer.
- Flick, U., Kardorff, E., & Steinke, I. (Hrsg.). (2017). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (12th ed.). Rowohlt Taschenbuch.
- Warr, P.B. & Clapperton, G. (2011). *Richtig motiviert mehr leisten: Konzepte und Instrumente zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit*. Schäffer-Poeschel.
- Martin, A. (Hrsg.). (2017). *Organizational Behaviour—Verhalten in Organisationen* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). Verlag W. Kohlhammer.
- McClure, ML., Poulin, MA., Sovie, MD., & Wandelt, MA. (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. American Academy of Nursing. Springer.
- Nerdinger, F. W., Blickle, G., & Schaper, N. (2019). *Arbeits- und Organisationspsychologie* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Springer.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- LoBiondo-Wood, G., Haber, J., & Nohl, A. (Hrsg.). (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2nd ed.). Elsevier, Urban & Fischer.
- Oggier, W. (2017). *Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017: Eine aktuelle Übersicht*. Hogrefe.

Organisationen:

American Nurses Association. (n.d.). *International Information for the Magnet*

Program. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/international/>

Bundesamt für Gesundheit. (2019, Dezember 13). *Volksinitiative «Für eine starke*

Pflege». <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiarstufe/vi-pflegeinitiative.html>

H+. Die Spitäler der Schweiz. (2021, März 29). *H+ Spital- und Klinik-Monitor. Leistungen,*

Strukturen, Entwicklungen und Trends. <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor/gesamtbranche/personal?type=1534744687>

New York University. (2017, Oktober 9). *More Nurses Are Earning Bachelor Degrees, But*

Likely Will Not Reach 2020 Goal. <https://www.nyu.edu/about/news-publications/news/2017/october/more-nurses-are-earning-bachelors-degrees--but-likely-will-not-r.html>

Kinderspital Zürich. (2020, Dezember). *Strategie 2021-*

2025. https://www.kispi.uzh.ch/de/UeberUns/Documents/212656_Strategie_Web.pdf

Schweizerischer Verband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2020, Januar 10).

Volksinitiative für eine starke Pflege. https://www.sbk.ch/aktuell/news-single?tx_news_pi1%5Bnews%5D=413&cHash=ce7504225317a1d3a22aff3094cb0a58

Universitätsspital Zürich. (n.d) *Pflegeteam*. [https://www.usz.ch/patienten-](https://www.usz.ch/patienten-besucher/aufenthalt/Seiten/pflegeteam.aspx)

[besucher/aufenthalt/Seiten/pflegeteam.aspx](https://www.usz.ch/patienten-besucher/aufenthalt/Seiten/pflegeteam.aspx)

World Health Organization. (2020, April 6.) *State of the world's nursing 2020: investing in*

education, jobs and leadership. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

Journals:

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W.

(2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143–

153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>

- Aiken, L. H., Buchan, J., Ball, J., & Rafferty, A. M. (2008). Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3330–3337. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02640.x>
- Aiken, L. H. & Poghosyan, L. (2009). Evaluation of “Magnet Journey to Nursing Excellence Program” in Russia and Armenia. *Journal of Nursing Scholarship*; 41(2), 166-174. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01268.x>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M., & Shamian, J. (2001). Nurses reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43>
- Aiken, L. H., Sochalski, J., & Anderson, G. F. (1996). Trends: Downsizing the Hospital Nursing Workforce: Are American hospitals reducing nurse staffing to unsafe levels? New research supports nurses’ perceptions of fewer caregivers at the bedside. *Health Affairs*, 15(4), 88–92. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.15.4.88>
- Aiken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare Mortality Among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care: *Medical Care*, 32(8), 771–787. <https://doi.org/10.1097/00005650-199408000-00002>
- Anstee, S., Ball, J. & Saville, C. (2020). Evaluating the evidence: are Magnet hospitals better for staff and patients? *Nursing Times* [online]; 116: 11, 45-46. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/wellbeing-for-nurses/evaluating-the-evidence-are-magnet-hospitals-better-for-staff-and-patients-06-10-2020/>
- Buerhaus, P. I., Donelan, K., Ulrich, B. T., Norman, L., Williams, M., & Dittus, R. (2005). Hospital RNs’ and CNOs’ perceptions of the impact of the nursing shortage on the quality of care. *Nursing Economics*, 23(5), 214–221, 211.
- Chen, Y.-M., & Johantgen, M. E. (2010). Magnet Hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1001–1012. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.016>
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Duffield, C., & O’Brien-Pallas, L. (2002). The nursing workforce in Canada and Australia: Two sides of the same coin. *Australian Health Review*, 25(2), 136. <https://doi.org/10.1071/AH020136>

- Duffield, C. & O'Brien-Pallas, L. (2003). The causes and consequences of nursing shortages: a helicopter view of the research. *Australian Health Review* 26, 186-193. <https://doi.org/10.1071/AH030186>
- Gokenbach, V., & Drenkard, K. (2011). The Outcomes of Magnet Environments and Nursing Staff Engagement: A Case Study. *Nursing Clinics of North America*, 46(1), 89–105. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2010.10.008>
- Goldberger, D. K., Kruse, L., & Stender, R. (1987). A Survey of External Fixator Pin Care Techniques: *Clinical Nurse Specialist*, 1(4), 166–169. <https://doi.org/10.1097/00002800-198700140-00005>
- Hoffman, K., Donoghue, J., & Duffield, C. (2004). Decision-making in clinical nursing: Investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 53–62. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02860.x>
- James, S. M., Honn, K. A., Gaddameedhi, S., & Van Dongen, H. P. A. (2017). Shift Work: Disrupted Circadian Rhythms and Sleep—Implications for Health and Well-being. *Current Sleep Medicine Reports*, 3(2), 104–112. <https://doi.org/10.1007/s40675-017-0071-6>
- Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2011). Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 41(10), 428–433. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31822eddbc>
- Kol, E., İlaslan, E., & Turkey, M. (2017). The effectiveness of strategies similar to the Magnet model to create positive work environments on nurse satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 23(4). <https://doi.org/10.1111/ijn.12557>
- Kooker, B. M., & Kamikawa, C. (2011). Successful strategies to improve RN retention and patient outcomes in a large medical centre in Hawaii: Successful strategies to improve RN retention and patient outcomes in Hawaii. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1–2), 34–39. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03476.x>
- Kramer, M., Maguire, P., & Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 5–17. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01211.x>
- Kutney-Lee, A., Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Quinn, L. W., & Aiken, L. H. (2015). Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Medical Care*, 53(6), 550–557. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000355>

- Matheson, A., O'Brien, L., & Reid, J.-A. (2014). The impact of shiftwork on health: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3309–3320.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12524>
- Merçay, C., & Grünig, A. (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Zukünftiger Bedarf bis 2030 und die Folgen für den Nachwuchsbedarf (Obsan Bulletin 12/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-12_d.pdf
- Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030. *Obsan Bulletin* 71, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_71_bericht_korr.pdf
- Lacey, S. R., Cox, K. S., Lorfing, K. C., Teasley, S. L., Carroll, C. A., & Sexton, K. (2007). Nursing support, workload, and intent to stay in Magnet, Magnet-aspiring, and non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 37(4), 199-205.
<https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000266839.61931.b6>
- Lo, W.-Y., Chien, L.-Y., Hwang, F.-M., Huang, N., & Chiou, S.-T. (2018). From job stress to intention to leave among hospital nurses: A structural equation modelling approach. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 677–688.
<https://doi.org/10.1111/jan.13481>
- Lobsiger, M., Kägi, W., & Burla, L. (2016). Berufsaustritte von Gesundheitspersonal *Obsan Bulletin* 7, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-07_d.pdf
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019) Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *Elsevier international journal of nursing studies* 94, 21-31.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011>
- Park, S. H., Gass, S., & Boyle, D. K. (2016). Comparison of Reasons for Nurse Turnover in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 46(5), 284-290. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000344>
- O'Brien-Pallas, L., Griffin, P., Shamian, J., Buchan, J., Duffield, C., Hughes, F., Laschinger, H. K. S., North, N., & Stone, P. W. (2006). The Impact of Nurse Turnover on Patient, Nurse, and System Outcomes: A Pilot Study and Focus for a
- Stähelin, Elena, Galli, Corina

- Multicenter International Study. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3), 169–179. <https://doi.org/10.1177/1527154406291936>
- Oulton, J. A. (2006). The Global Nursing Shortage: An Overview of Issues and Actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3), 34-39. <https://doi.org/10.1177/1527154406293968>
- Schäfer, M., Scherrer, A., & Burla, L. (2013, August 13). Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit. *Obsan Dossier 24, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_24.pdf
- Spirig, R., Linka, E., Staudacher, D., Schneebeli, M., Sauer, R., Bruhwiler, B., & Jenzer, R. (2011). Das USZ-Karrieremodell Pflege: der Weg zur Exzellenz. *Soins Infirmiers: Krankenpflege*. 104 (1), 16-18.
- Stein, L. I., Watts, D. T., & Howell, T. (1990). The Doctor–Nurse Game Revisited. *New England Journal of Medicine*, 322(8), 546–549. <https://doi.org/10.1056/NEJM199002223220810>
- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Han, K., Liang, Y., Gurses, A. P., & Hopkinson, S. (2010). A Comparison of Working Conditions Among Nurses in Magnet® and Non-Magnet® Hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 40(7/8), 309-315. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181e93719>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Magnet Recognition Program® Model (ANA, n.d.).....	14
Abbildung 2 Zwei-Faktoren-Theorie (Ferreira, 2020, S. 39).....	17
Abbildung 3 Flowchart.....	22
Abbildung 4 Kategorisierung der Ergebnisse (Autorinnen, 2021)	27
Abbildung 5 Anzahl Abschlüsse bis 2015 (H+ Die Spitäler der Schweiz. 2021. S. 13)	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Keywords	19
Tabelle 2 Suchstrategie.....	20
Tabelle 3 Ein- und Ausschlusskriterien.....	21
Tabelle 4 Übersicht der Studien.....	24
Tabelle 5 Gegenüberstellung der Elemente der Arbeitszufriedenheit	40

Abkürzungsverzeichnis

AAN	American Academy of Nursing
ANA	American Nurses Association
ANCC	American Nurses Credentialing Center
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BSc	Bachelorabschluss
FaGe	Fachfrau oder Fachmann Gesundheit
FH	Fachhochschule
HF	Höhere Fachschule
HWE	Health Work Environment
MRP®	Magnet Recognition Program®
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
USZ	Universitätsspital Zürich
VHWE	Very Healthy Work Environment
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WENI	Work Environment needing Improvement
YONM	International Year of the Nurse and the Midwife

Anzahl Wörter

Abstract: 200

Arbeit: 10238 (versteht sich ohne Abstract, Inhalts-, Literatur-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang)

7. Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Herrn Franz Neff für die kompetente Betreuung, die konstruktiven Feedbacks und die motivierenden Worte. Ein weiterer grosser Dank geht an [REDACTED] und [REDACTED] für das kritische Gegenlesen dieser Arbeit und die wertvollen Anmerkungen. Ebenso möchten wir uns bei [REDACTED] für das ausführliche und hilfreiche Korrekturlesen herzlich bedanken. Abschliessend gilt ein spezieller Dank unseren Partnern, Familien und Freunden, die uns während dieser anspruchsvollen Zeit stets motivierend zur Seite standen.

8. Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 13. April 2021

Elena Stähelin

Corina Galli

9. Anhang

Zusammenfassung und kritische Würdigung der Studien

Referenz: Chen, Y. & Johantgen M.E. (2010). Magnet Hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1001–1012. ccm. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.016>

Zusammenfassung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Die Magnethospitals sind vor allem in den USA und weiteren wenigen Ländern präsent. Die Forschenden fragen sich, ob in den europäischen Ländern, aufgrund der kulturellen Unterschieden und anderer Gesundheitssysteme, einzigartige Elemente des existieren.</p> <p>Forschungsfrage: Herausfinden, ob in Deutschland und Belgien Attributen von Magnet Hospitals existieren. Gleichzeitig wollen die Forschenden die Beziehung zwischen den Magnet Hospital Attributen und der Arbeitszufriedenheit untersuchen. Dies soll auf der individuellen (auf Pflegende bezogen) und auf der organisatorischen Ebene gemacht werden.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Das Magnet Hospital Konzept</p>	<p>Design: Sekundäre Datenanalyse mit Cross-sectional Design.</p> <p>Stichprobe: Pflegende welche direkt in Belgien und Deutschland im Spital am Bett arbeiten. 15 Belgische Spitäler: Pflegende N 2303 und 16 Deutsche Spitäler: Pflegende N 2646. Finales Sample: 3182 Pflegende. Nur Pflegende aus Akutspital</p> <p>Datenerhebung: Durch vorhandene Daten der NEXT Studie (2002-2005), welche ursprünglich Gründe suchte, weshalb Pflegende frühzeitig aus dem Beruf stiegen, wurden verwendet.</p> <p>Messverfahren und Intervention: In dieser Studie wurden vorhandene validierte Messinstrumente, welche in der NEXT Studie verwendet wurden, gewählt und auf die verschiedenen Magnet Forces abgeleitet.</p> <p>Job satisfaction scale (wahrgenommene Zufriedenheit bezüglich Arbeitsaussicht, physische Arbeitsbedingungen, wie die vorhandenen Fähigkeiten genutzt werden, psychische Unterstützung, und Patienten so pflegen, wie es auch nötig ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Magnet Force 1 (quality of nursing leadership): 4 Items: wie die direkte 	<p>Ergebnisse:</p> <p>Deskriptive Statistik vom Sample: Belgien und Deutschland: ähnliche Verteilung der Charakteristiken.</p> <p>Unterschied: Bei der Stabilität, deutsche Pflegende wechseln öfters den Arbeitsort (24%, Belgien 8.8%), Unterschiedliche Bildungen (Belgien mehr als 4 Jahre 42.3 versus 13.1). Beide Länder wurden zusammen auf dem Pflegenden Level analysiert, da der Chi Quadrat Test viele Ähnlichkeiten aufzeigte.</p> <p>Messmodelle: Die Messmodelle erfüllten alle vorgegeben Kriterien auf der Ebene des Pflegepersonals und auf Krankenhausebene (bis auf wenig Chi-square</p>	<p>Diskussion und Interpretation: Die Magnet Hospitals haben signifikanten Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit auf beiden Ebenen. Die Forschenden interpretieren in der Diskussion ihre Ergebnisse, zeigen die Varianz auf und suchen mögliche Erklärungen, um diese zu begründen. Sie äussern sich bezüglich ihrer Arbeit kritisch und geben an einzelnen Stellen an, was bei weiterer Forschung anders gemacht werden soll. Weiter zeigen sie auf, dass der Lohn der wichtigste Faktor bezüglich der Zufriedenheit ist. Signifikante Ergebnisse werden aufgelistet.</p> <p>Insgesamt konnten die europäischen Magnet Attributen, mittels Daten aus der NEXT Studie, die beruflicher Zufriedenheit voraussagen. Die verschiedenen Attribute wirken sich teilweise auf den beiden Ebenen anders aus. Auf</p>

<p>und deren Entstehung wird beschrieben. Ebenso wird literaturgestützt beschrieben, dass dies sich auf die Pflegequalität, die Mortalitätsrate, die Patientenzufriedenheit und auf die Arbeitszufriedenheit auswirkt. Das Magnet Akkreditierungsprogramm beinhaltet seit 2008 5 Punkte, (davor 14): 1. <i>Transformational Leadership</i>, 2. <i>structural empowerment</i>, 3. <i>exemplary professional practice</i> 4. <i>New knowledge, innovations and improvement</i>, und 5. <i>empirical quality outcomes</i>.</p> <p>Weiter werden die Elemente einer positiven Arbeitsumgebung aufgelistet (<i>dezentralisierte organisatorische Struktur, flexible Arbeitszeiten, professionelle Autonomie und Weiterentwicklung, systematische Kommunikation zwischen Leitung und den Pflegenden</i>).</p> <p>Arbeitsumgebung und berufliche Zufriedenheit: es wird aufgezeigt, dass diese beiden Faktoren massiv zusammenhängen und durch eine gute Umgebung die Zufriedenheit steigt = weniger turnover.</p> <p><u>Argumente für Forschungsbedarf:</u></p> <p>Die Forschenden beschreiben, dass die bisherigen Studien</p>	<p>Vorgesetzte Entwicklungsmöglichkeiten bietet, ob diese gute Arbeitspläne macht und wie mit Konflikten umgegangen wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Magnet Force 3 (management Style): 4 Items bezüglich des Respektes und der Unterstützung der Vorgesetzten, sowie Kommunikationsmöglichkeiten. - Magnet Force 4 (personnel policies and and programs): sechs Items bezüglich Lohnzufriedenheit, Unterstützung in schwierigen Situationen und Arbeitsplatzsicherheit. - Magnet Force 9 (Autonomy): 3 Items bezüglich Teilnahme der Aufgabenzuweisung, eigene Arbeitsgeschwindigkeit festlegen und selber entscheiden wann welche Aufgaben erledigt werden. - Magnet Force 13 (interdisciplinary relationships): 3 Items, bezüglich Unterstützung der Arbeitskollegen und deren Beziehung zueinander, Beziehung zwischen Ärzten und Pflegenden. - Magnet 14 (professional development): 3 Items, bezüglich Entwicklungsmöglichkeiten. <p>Die Fragen wurden mittels Likertskala (1-5) standardisiert und gemessen.</p> <p>Nur 6 Magnet Forces konnten in dieser Studie identifiziert und validiert werden, die berufliche Zufriedenheit wurde explizit in der NEXT Studie gemessen.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Um die Datenqualität sicherzustellen, wurde ein Datenscreening mit Fehlwertanalyse gemacht (alle Variablen <5% fehlende Daten).</p> <p><i>1 Phase:</i> Messmodelle für Arbeitszufriedenheit & Magnet Forces wurde erstellt.</p>	<p>modifizierte) was einen guten Modell-Fit aufzeigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiefer Intraklassen-Korrelationswert (<0.20) zeigt eine hohe Reliabilität auf. - Godness-of-fit statistik lässt angemessene Konstruktvalidität vermuten. <p><u>Strukturgleichungsmodell</u></p> <p>Insgesamt akzeptable Model-Fit Indexe.</p> <p><i>Gute Führung</i> machte einen signifikanten Unterschied auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden, aber nicht auf der institutionellen Ebene (b= 0.472 vs 0.103)</p> <p><i>Managment style:</i> signifikanter Faktor für die berufliche Zufriedenheit auf der Ebene der Pflegenden (b=0,664) und auf institutioneller Ebene (0.844).</p> <p><i>Personall policies:</i> Varianz bei den Pflegenden bezüglich Zufriedenheit bei fast 93% kann nicht auf die Institution übertragen werden.</p> <p><i>Autonomie:</i> Signifikanter Parameter auf beiden</p>	<p>pflegerischer Ebene ist die Bezahlung der wichtigste Wert für die Zufriedenheit. Trotzdem ist der unterstützende Managementstyle, die interdisziplinären Beziehungen, die berufliche Entwicklung und die Autonomie ebenfalls massgebend.</p> <p>Aus institutioneller Sicht ist die berufliche Weiterentwicklung und der transformierende Leadershipstyle massgebend für die Zufriedenheit der Institution.</p> <p><u>Limitationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sekundäre Datenanalyse welche für ein anderes Ziel genutzt wurden. - Mess- und Strukturellenresultate können nur auf individueller und institutioneller Ebene genutzt werden. - Keine Kontrolle der «Cross-level covariates». - M-Plus ist einfach zu gebrauchen, muss aber sehr gut verstanden werden, bevor man es anwendet. <p><u>Weitere Forschung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Um die Effekte aller Magnet Forces bezüglich beruflicher Zufriedenheit zu verstehen, sollte ein anderer analytischer Approach künftig stattfinden.
---	--	--	---

<p>methodologische Limitationen aufwiesen, da es sich oft um single studys handelt. Zusätzlich konnten die ursprünglich 14 Komponenten vom magnetismus bisher nicht in einem Messinstrument repräsentiert werden.</p> <p>Wenn verschiedene Spitäler inkludiert werden, muss ein höheres Level bedenkt werden. Individuelle Daten welche von Pflegenden gesammelt werden sind nicht unabhängig. Hierdurch kann die Statistik nicht korrekt gewertet werden.</p> <p>Diese Studie ist die erste, welche das Konzept des Magnet Hospitals mittels «two level modeling» (Pflegende und Spitallevel) untersucht.</p>	<p>Phase: Arbeitszufriedenheit auf die einzelnen Magnet Hospital Attributen regressiert, die Modellpassung wurde getestet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Statistische Programme:</i> SPSS 12.0 & Mplus. - <i>Inhaltsvalidität der Magnet Krankenhausattribute:</i> Durch drei Experten bewertet mit anschliessender Diskussion. - <i>Finale Messmodelle:</i> Validation mittels <i>Konfirmatorische Faktoranalyse (CFA)</i>. - Akzeptable Werte für die passenden Modelle werden beschrieben (<i>mittels Chi Square, CFI, predictive fit indexes, etc.</i>). <p>2. Phase: Es konnte aufgezeigt werden, dass die Mehrheit der Variablen nicht normalverteilt war.</p> <p>Kontrollvariablen wurden ausgeschossen, da diese nicht signifikant waren und die Clustergrsse unnötig belasteten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variablen und Komponenten scores mittels <i>ordinal least square</i> im Regressionsmodell. <p>Die Studie testete die Hypothese auf einem hohen Abstraktheitsgrad, in dem die Beziehung zwischen der beruflichen Zufriedenheit und der verschiedenen Magnetforces untersucht wurden.</p> <p><u>Ethik:</u> Die Studie wurde vom Review Board der Maryland University genehmigt. Die NEXT Studiengruppe erlaubte die sekundäre Datenanalyse ihrer Daten. Identifikationshinweise zu Spitäler und Pflegenden wurden entfernt.</p>	<p>Ebenen (Pflege b.0.345, Spital 0.269).</p> <p>Interdisziplinäre Beziehungen: Auf beiden Ebenen wichtig.</p> <p><i>Professionelle Weiterentwicklung:</i> Signifikant bezüglich beruflicher Zufriedenheit auf beiden Ebenen.</p> <p><u>Zentrale Ergebnisse:</u> Insgesamt konnten 4 Magnet Forces, in der Varianz, auf beiden Ebenen erklärt werden. Zwei Magnet Forces (quality of nursing leader leadership and personnell policies) konnten nur auf der Ebene der Pflegenden erklärt werden.</p> <p>Die Ergebnisse werden mittels Tabellen und Text erläutert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zukünftig sollten theoretische Langzeitstudien gemacht werden. - Weitere multilevel Approaches und die verschiedenen Ebenen der Beziehungen unterscheiden.
--	---	--	---

Würdigung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u></p> <p>Die Studie beantwortet eine wichtige Fragestellung für die Pflege.</p> <p><u>Forschungsfrage:</u></p> <p>Die Forschungsfragen/Ziele sind klar definiert.</p> <p><u>Bezugsrahmen:</u></p> <p>Die Problematik wird mit ausführlicher Literatur und diversen Studien umfassend aufgezeigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Forschungsprozess wurde anhand des EMED-Rasters nachvollziehbar dargelegt. - Interessenskonflikte werden nicht dargelegt. - Ein Literaturverzeichnis ist vorhanden. - Die Finanzierung der Studie wurde nicht erwähnt. - Die Expertise der Autoren wird dargelegt. - Das Journal hat einen konstant hohen Impact Faktor. Es bietet ein Forum für Original-Forschung 	<p><u>Design:</u> Die Verbindung zwischen Frage und Design ist nachvollziehbar. Die interne Validität ist an einigen Stellen schwierig zu kontrollieren, da es sich um eine sekundäre Analyse handelt, welche ursprünglich ein anderes Ziel als die aktuelle Studie hatte. Die externe Validität sollte aufgrund der Grösse der Stichprobe und den aufgelisteten Charakteristiken gegeben sein.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Gemäss Sekundäranalyse angebracht. Auch hielten die Forschenden sich an die Empfehlung, dass min. 5 Pflegende pro Organisation teilnehmen mussten, damit die Institution repräsentierbar ist. Dadurch sind 11 Spitäler in Deutschland exkludiert worden.</p> <p>Die Stichprobengrösse ist angemessen. Die Dropouts sollten keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben.</p> <p>Die beiden Gruppen aus D und B sind ähnlich und wurden auf die gleiche Weise erstellt.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Während die Studie gemacht wurde, waren die Daten aktuell (2002-2005). Die Methode der Erhebung war bei allen Probanden gleich.</p> <p><u>Messverfahren:</u> Die verwendeten Messinstrumente wurden alle auf die Validität und Reliabilität mit verschiedenen statistischen Tests untersucht.</p> <p>Die Auswahl der Instrumente wird begründet, indem man diese benötigt, um die verschiedenen Magnetforces zu untersuchen.</p> <p>Mögliche Verzerrungen/Einflüsse auf die Resultate der Messinstrumente werden begründet.</p>	<p>Die Ergebnisse werden sehr präzise und ausführlich beschrieben.</p> <p>Die Beschreibung ist teilweise so ausführlich, dass es für den Leser schwierig wird, die verschiedenen Resultate zu verstehen.</p> <p>Die Tabellen wurden korrekt beschrieben. Im Text wird mehrmals auf diese verwiesen.</p>	<p>In der Diskussion werden die Resultate diskutiert und mit vorhandenen Studien verglichen. Eine zusätzliche Hypothese zu interdisziplinären Beziehungen wird in diesem Teil ebenfalls gemacht und beschrieben. Bei jedem Resultat werden alternative Erklärungen gesucht.</p> <p>Die Studie ist sinnvoll, die Limitationen werden ausführlich beschrieben. Es wird auch beschrieben, dass in Zukunft weitere Studien nötig sind, mit anderen analytischen Prozessen.</p> <p>Der Nutzen für die Praxis wird klar beschrieben und es wird aufgezeigt welche Faktoren auf beiden Ebenen für die Zufriedenheit wichtig sind.</p>

und Wissenschaft über Gesundheitsversorgung, Organisation, Management, Arbeitskräfte, Politik und Forschungsmethoden, welche für die Pflege, Hebammen und andere Gesundheitsberufe relevant sind.	<p><u>Datenanalyse:</u> Die Datenanalyse ist sehr abstrakt und komplex und werden genau beschrieben.</p> <p>Die statistischen Tests entsprechen dem Datenniveau (bis auf einen; bei welchem die vorhandenen Clusters die Auswertung erschweren).</p> <p>Die statistischen Angaben erlauben, aufgrund der Abstraktheit, keine klare Beurteilung.</p> <p>Vor allem die Varianz wird genau begründet.</p> <p><u>Ethik:</u> Das ethische Vorgehen mit den Sekundären Daten wird beschrieben, eine Einwilligung des universitären Reviewboard wurde eingeholt.</p>		
---	---	--	--

Evidenzlage: Die Studie befindet sich gemäss Di Censo auf der zweiten Stufe der Pyramide? Oder auf der ersten? Auf der dritten?

Objektivität, Reliabilität, Validität: Die Objektivität wird durch die Sekundären Daten leicht verzerrt. Die Studie hat hohen Wert auf die Zuverlässigkeit der Messinstrumente gelegt und diese genaustens untersucht. Das Studiendesign scheint angemessen zu sein. Insgesamt scheint die Studie von hoher Qualität zu sein. Limitationen und Schwächen wurden im ganzen Text von den Forschenden beschrieben.

Referenz: Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2011). Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 41(10), 428–433. ccm. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31822eddbc>

Zusammenfassung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u></p> <p>Die Studie möchte beweisen, dass Spitäler welche den «Magnet Status» aufweisen eine bessere Arbeitsumgebung, bessere personelle Besetzung und weniger Fluktuation bei den Pflegenden aufweist. Magnet Spitäler sind Institutionen die für die Pflegenden als «magnetisch» gelten, da sie attraktivere Arbeitsbedingungen aufweisen sollen. Dieses Konzept wurde in den 80er Jahren erstellt, um dem massiven Pflegemangel entgegenzuwirken. Die Wirksamkeit wurde in diversen Studien bewiesen und auch in Ländern ausserhalb der US implementiert.</p> <p><u>Forschungsfrage/Ziel:</u></p> <p>Unterschiede Magnet vs. Non Magnet erkennen bezüglich: Arbeitsumgebung und Ausbildung, Arbeitszufriedenheit,</p>	<p><u>Design:</u></p> <p>Quantitativ, cross-sectional Design, wird erst am Schluss in der Studie erwähnt.</p> <p><u>Stichprobe:</u></p> <p>N= 4562 Pflegende aus Magnetspitälern, 21714 Pflegende aus Non-Magnetspitälern.</p> <p><u>Datenerhebung:</u></p> <p>Sekundäre Datenanalyse Von 2006 – 2007, via Umfrage welche per Mail geschickt wurde.</p> <p>Setting/Sample: Probability Sampling, USA, in 4 Staaten, insgesamt 567 Spitäler inkludiert, 46 davon mit Magnetstatus. N: Antwortrate: 86%. innerhalb 1 Jahr</p> <p><u>Messverfahren & Interventionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Demographische Angaben der Pflegenden, - Nurse to patient ratio der letzten Schicht - Arbeitsumgebung: via 31- Item, Practice Environment Scale (inkludiert Grundlagen bezüglich Pflegequalität, Fähigkeit der Pflegemanager, Führung und 	<p><u>Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine signifikanten Unterschiede bezüglich Berufserfahrung (t=-1.06, P.29) oder Proportion bezüglich Ausbildung in der USA (t = 0.29, P.77) - Nurse to patient ratio: nicht sofort signifikante Unterschiede gefunden. Der Staat Californien gibt nurse to patient ratio vor. Wird dies exkludiert: Magnet Hospital signifikant weniger Pat. pro Pflegende (t=-5.29, P< .001). <p><u>Zentrale Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Magnet signifikant bessere 	<p><u>Diskussion & Interpretation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschreiben, dass, ausserhalb von Kalifornien, signifikant bessere nurse to patient ratio bestehen. - Pflegende in Magnet Spitäler haben ein signifikant kleineres Risiko an einem Burnout zu leiden oder unzufrieden mit dem Job zu sein. <p><u>Limitationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Durch das cross-sectional Design ist die Kausalität mässig beweisbar, nicht 100% sicher ob alle Magnethospitals repräsentiert werden können da eher kleines Sample. <p><u>Schlussfolgerung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Magnetspitäler haben nach wie vor bessere Arbeitsbedingungen und

<p>Burnout & Wille die aktuelle Position zu verlassen.</p> <p><u>Argumente für Forschungsbedarf:</u></p> <p>Trinkoff AM et al., 2010 zweifelten in ihrer Studie signifikante Unterschiede an. Dies motivierte die Autorinnen, mit aktuellen Daten, die (positiven) Unterschiede erneut aufzuzeigen.</p>	<p>Unterstützung, Staffing und adäquate Ressourcen, Beziehung zwischen Ärzten und Pflegenden.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edukation - Informationen zur Institution - Outcome bezüglich Burnout (MBI-HSS), - Beruflicher Zufriedenheit, Wille den aktuellen Job zu verlassen mit Ja oder Nein Frage <p><u>Datenanalyse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Der T-Test wurde für die kontinuierlichen Variablen genutzt. - Der chi -Quadrat Test für die kategorischen Variablen, um Unterschiede zwischen Magnet und Non Magnet zu erkennen. - Die logistische Regressionsanalyse wurde verwendet um Unterschiede zwischen Arbeitsunzufriedenheit, Burnout und Kündigungsabsichten zu erfassen. - Finales Modell: Effekt des Magnetstatus in Bezug auf individuelle Faktoren, Institutionseigenschaften, Institutions- pflegerischer Eigenschaften. - Programm: STATA Version 11. <p><u>Ethik:</u></p> <p>Wurde vom Review Board der Universität Pennsylvania genehmigt.</p>	<p>Arbeitsumgebung (t= -5.29, P= .001) & höhere Anzahl mit BSN Ausbildung oder mehr (t= -2.27, P <.05).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Magnet hospital 18% weniger unzufrieden (P < 0.5), 13% Burnout gefährdet. Signifikant (<.05) weniger wollen aktuelle Position wechseln. 	<p>Outcomes. In der Studie von Trinkoff waren nur 14 Magnet Hospitals (insgesamt 171 Spitäler untersucht) und hatte ggf. zu wenig Kraft die Unterschiede zu detektieren.</p>
---	--	--	--

Würdigung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u></p> <p>Das Problem wird mit verschiedenster Literatur beschrieben und untermauert.</p> <p><u>Forschungsfrage:</u></p> <p>Die Fragestellung beinhaltet ein sehr wichtiges, pflegerisches Problem.</p> <p>Die Hypothese wird nicht explizit genannt; aus dem Text ist ersichtlich, dass die Forschenden aufzeigen wollen, das Spitäler mit Magnet Status bessere «nurse outcomes» haben.</p> <p>-Der Forschungsprozess wurde anhand des EMED-Rasters nachvollziehbar dargelegt.</p> <p>- Interessenskonflikte werden nicht dargelegt.</p> <p>- Ein Literaturverzeichnis ist vorhanden.</p> <p>- Die Finanzierung der Studie wurde nicht erwähnt.</p> <p>- Die Expertise der Autoren wird dargelegt.</p>	<p><u>Design:</u></p> <p>Das gewählte Design wird in der Methode nicht genauer erklärt. Um die Forschungsfrage zu beantworten, erscheint es aber als sinnvoll die Unterschiede zwischen den verschiedenen Institutionen zu erläutern.</p> <p><u>Sample:</u></p> <p>Die Stichprobenziehung scheint angemessen.</p> <p>Die demographischen Daten der Pflegenden sind in beiden Gruppen sehr ähnlich. Das Verhältnis zwischen Non Magnet und Magnet Institutionen ist sehr unterschiedlich (521 Non Magnet vs. 46 Magnet)</p> <p>Da 4 verschiedene Staaten miteinbezogen werden, scheint die Stichprobe auf die USA übertragbar. Kleinere Spitäler wurden nicht miteinbezogen, mehr wird zu den Drop outs nicht beschrieben.</p> <p><u>Datenerhebung:</u></p> <p>Datenerhebung ist nachvollziehbar und wurde bei allen gleich via Mail erhoben.</p> <p>Es handelt sich um eine Sekundäre Datenanalyse, Erhebung ist deshalb nicht detailliert beschrieben. Ob alle Daten Komplette erhoben wurden ist unklar</p> <p><u>Messverfahren:</u></p> <p>Um die Arbeitsumgebung zu messen wurde der «31 item practice environment scale» genutzt. Es werden keine Angaben zur Validität und Reliabilität gemacht. Der MBI HSS ist reliables und valides Messinstrument. Die Wahl der jeweiligen Instrumente wurde begründet. Um die Ergebnisse korrekt zu interpretieren, wurde die</p>	<p>Alle Resultate wurden mit Signifikanzniveau versehen, sind präzise berechnet und vollständig beschrieben.</p>	<p>Es wird nochmal aufgezeigt, dass die Evidenz sagt, dass Magnet Spitäler bessere Outcomes haben als Non Magnet. Die Autoren geben selber an, dass durch das Querschnittsdesign die Kausalität nicht genügend beurteilt werden kann. Gleichzeitig stellen sie selber die Anzahl der Magnet Spitäler der Studie in Frage, bezüglich Repräsentation.</p> <p>Die Resultate werden nicht mit weitem Studien, Theorien oder Konzepten verglichen. Es scheint, als ob es vor allem darum ging, die Hypothese von Trinkoff et al. zu widerlegen.</p> <p>Es werden keine weiteren Empfehlungen gemacht.</p> <p>Es sollte möglich sein diese Daten in einem neuen Setting zu wiederholen.</p> <p>Die Schwächen der Studie werden nur sehr kurz angeschnitten.</p>

<p>- Das Journal ist ein internationales Forum, das die Disziplin des Pflegemanagements und der Führung informiert und vorantreibt. Das Journal fördert wissenschaftliche Debatten und kritische Analysen, die zu einer reichhaltigen Quelle von Erkenntnissen führen, die die Praxis des Managements, der Innovation und der Führung in der Pflege und im Gesundheitswesen untermauern und beleuchten.</p>	<p>Lokalisation der Spitäler ebenfalls erfragt (um staatspezifische Regelungen zu erfassen).</p> <p>Die interne Validität ist vorhanden, es werden die erforderlichen Parameter (z.B. berufliche Zufriedenheit, staff outcome etc) gemessen. Die externe Validität wird nicht genau erläutert.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Für die konstanten Variablen wurde der T-Test gewählt, dies ist sinnvoll. - Um die Unterschiede der kategorischen Variablen festzustellen, ist der Chi Quadrat Rest sinnvoll. <p><u>Ethik:</u></p> <p>Ethische Fragen wurden nicht diskutiert, die ethische Zustimmung der "hausinternen" Uni der Autorinnen könnte angezweifelt werden.</p>		
---	--	--	--

Evidenzlage: Da es sich um einen primären Forschungsartikel handelt, wird nach DiCenso (2009) das erste Evidenzlevel erreicht.

Objektivität, Reliabilität, Validität: Die Objektivität kann hier nicht definitiv erkannt werden. Das Ziel der Forschenden war es die These von Trinkoff zu widerlegen. Die Autorinnen haben bereits viel in diesem Gebiet geforscht und könnten dadurch unbewusst versuchen, die Ergebnisse zu beeinflussen. Da für die Befragung spezifische Fragebogen verwendet wurden, sollten die Resultate auch durch andere Forschende erfasst werden können. Einige genutzte Instrumente sind reliable und valide.

Referenz: Kol, E., İlaslan, E., & Turkay, M. (2017). The effectiveness of strategies similar to the Magnet model to create positive work environments on nurse satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 23(4), e12557. <https://doi.org/10.1111/ijn.12557>

Zusammenfassung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u> Globaler Pflegemangel hat stark zugenommen. In der Türkei wurden neue Gesundheitsinstitutionen gebaut, dadurch nimmt der Pflegemangel noch mehr zu. Die berufliche Zufriedenheit ist am engsten mit dem Berufsaustritt verbunden. Die Faktoren, welche zu Arbeitszufriedenheit führen können, dazu genutzt werden, Strategien zu entwickeln um den Berufsaustritt zu vermindern. Das «magnetism tool» misst die Charakteren einer produktiven und befriedigenden Arbeitsumgebung, und wurden mittel «grounded theory» erstellt.</p> <p><u>Forschungsfrage/Ziel:</u> Intervention, welche</p>	<p><u>Design:</u> Das Design wird in der Studie nicht genannt. Aus dem Kontext kann eine quantitative Studie vermutet werden.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Non probability sample, freiwillige Teilnahme, keine verschiedenen Gruppen. N vor Intervention (2011): 235, danach (2013): 259. Pflegende, welche während der Studie nicht arbeiteten oder gekündigt hatten, wurden exkludiert.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> (Spital hat ein internationales Organisationsmanagement Zertifikat) Via Likertskala Fragebogen, vor (ganzer Januar 2011) und nach Intervention (ganzer Januar 2013) 1 – nicht zufrieden bis 4 – sehr zufrieden. > 2.5 wurde als zufrieden bezeichnet.</p> <p>Die Variablen wurden bezüglich Ausreisser, fehlenden Daten und deskriptiver Statistik via SPSS kalkuliert.</p> <p>Die Variablen bezüglich Zufriedenheit vorher und nachher wurden mittel Chi-Square Test verglichen.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Phase Miteinbezug durch Gespräche 2. Phase mittels Partizipation bei klinischen und institutionellen Entscheidungen 3. Phase Umstrukturierung aufgrund von Feedbacks. <p><u>Interventionen:</u></p> <p>1. Transformational Leadership</p> <ul style="list-style-type: none"> - einfachere Strukturen, um die Leitung zu erreichen. 	<p><u>Ergebnisse:</u> Homogene, demographische Daten.</p> <p><u>Zentrale Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit bezüglich Arbeitsumgebung: 2011 – 57.07%, 2013: 69.01. - Zufriedenheit bezüglich Leitung: signifikanter Unterschied ($p < .001$). Dies durch Leistungsbeurteilungen (42.55% und 63.32%), Beförderungen Terminen und Lohnsystem (36,59 und 69.88), sowie die Effektivität bezüglich der institutionellen Entscheidungsprozessen (48.08% und 65.64). <p><u>Darstellung:</u> Mittels Tabellen, Abbildung und Text.</p>	<p><u>Diskussion und Interpretation:</u> Es wird diskutiert, dass die Zufriedenheitsrate der Pflegenden durch die Interventionen gesteigert wurde. Es werden diverse Studien und Guidelines in beigezogen, welche zum gleichen Schluss gekommen sind. Ebenfalls wird aufgezeigt, wie wichtig es ist, dass Pflegende in Entscheidungen und Prozesse miteinbezogen werden. Gutes Feedback und eine gute Beziehung zu der Leitung ist sehr wichtig.</p> <p>Um eine gute Arbeitsumgebung und gute Patientenoutcomes zu bekommen ist es wichtig die Pflegende qualitativ und quantitativ zu stützen. Gleichzeitig ist es wichtig die Bildung zu unterstützen, um die Zufriedenheit zu erhöhen.</p> <p><u>Limits:</u> Während der Zeit wurde eine Anpassung der Rolle und Aufgaben der Pflegenden gemacht. Dadurch konnte die</p>

<p>dem Magnetmodell und dem magnetism tool gleicht, auf die Effektivität prüft, um eine bessere (positivere) Arbeitsumgebung zu schaffen (unter Miteinbezug der Leitungen/Führungsstil) und somit die berufliche Zufriedenheit zu erhöhen.</p> <p><u>Theoretischer Bezugsrahmen:</u> Es werden die Effekte der positiven Arbeitsumgebung, das Magnet hospital model und der beruflichen Zufriedenheit (auf die Türkei abgestimmt) Literaturgestützt erklärt.</p> <p><u>Argumente für Forschungsbedarf:</u> Bisher existieren wenige evidenzbasierte Studien, welche den Zusammenhang zwischen beruflicher Zufriedenheit und positiver Arbeitsumgebung untersuchen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 5 neue «Koordinatoren» wurden engagiert, um eine Beziehung zu den Pflegenden aufzubauen, Probleme abholen und besprechen sowie nach Lösungen suchen. - Zwei Gremien welche Pflegende in klinische und institutielle Entscheidungen miteinbeziehen, sowie dass ein guter Informationsfluss vorhanden ist. - Die «Nachtschicht» Supervisors wurden abgeschafft, die Pflegenden sollten sich selber unterstützen. - Ausgewählte Pflegende, Hilfsleitungen sowie Leitungen besuchten die Stationen, um diese zu unterstützen und Probleme «anzuhören». - Die Pflegeleitung besuchte täglich die Stationen, um min. 1 x pro Woche Kontakt mit allen Pflegenden zu haben und so einen engen Kontakt zu halten. <p>2. Structural Empowerment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeleistung, pflegerische Autonomie & «decision making» steht im Vordergrund und wird im ganzen Spital kommuniziert. Gleichzeitig wurde eine Homepage erstellt, um für pflegerische Leistungen zu werben, Aufgaben wurden spezifiziert und anschliessend von der Klinikleitung bewilligt. - Pflegedienstleitung trat in diverse Gremien ein - Pflegedienstliche Tätigkeiten und Resultate von pflegerischen Studien wurden in der Zeitung sowie in einem Rundschreibblatt der Uni publiziert - Pflegerische Kongresse oder weiteres wurden geplant, teilweise mit weiteren Institutionen - Leitende Pflegende erhielten ein eigenes Büro - Beim Einkauf von neuen Materialien wurden Pflegende miteingeschlossen - Nicht funktionierende Geräte wurden repariert oder ausgetauscht - Das Finanzinstitut der Türkei schaffte 60 neue Vakanzen. - Damit Pflegende internationale Erfahrungen sammeln konnten, nahm das Spital ebenfalls an einem Austauschprogramm teil. - Durch die Kollaboration mit der Pflegeschule wurden bestimmte Pflegende als «Student mentors» ausgebildet. <p>3. Empirical Quality outcomes</p>		<p>Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegenden nicht untersucht werden. Es konnten dadurch nicht alle Komponenten des Magnetmodells untersucht werden.</p> <p><u>Schlussfolgerung:</u> Durch die Studie konnte die Zufriedenheitsrate der Pflegenden massiv gesteigert werden. Da sich die Gesundheitspolitik in der Türkei regelmässig verändert, zeigt die Studie auf, was die Leitungen machen können, um die Pflegenden zu unterstützen, auch wenn der Pflegenotstand vorhanden ist.</p> <p>Weitere experimentelle Studien werden empfohlen.</p>
--	--	--	--

	<p>- <i>Diese Indikatoren wurden evaluiert: Dekubitus, nursing turnover, Patientenzufriedenheit, Medikationsfehler.</i></p> <p>Exemplary professional practice, new knowledge, innovations & improvements konnten nicht gemacht werden (Teile vom Magnet Modell)</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Cronbach alpha 0.94, Signifikanz wird im Methodenteil ansonsten nicht weiter erläutert. Die Forschenden nehmen keinen weiteren Bezug zur Qualität der Datenanalyse.</p> <p><u>Ethik:</u> Es wird nicht beschrieben, ob eine Ethikkommission miteingezogen wurde.</p>		
--	---	--	--

Würdigung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u> Die Problematik/Phänomen wird kurz und prägnant beschrieben.</p> <p><u>Forschungsfrage/Ziel:</u> Der «Aim» wird im Abstract und in der Einleitung beschrieben. Hypothesen werden keine genannt, es wird aber beschrieben, dass eine gute Arbeitsumgebung essenziell für die Bekämpfung des Pflegemangels ist.</p> <p><u>Theoretischer Bezugsrahmen:</u> Verschiedene Faktoren werden Literaturgestützt beschrieben und ein Modell (bzw. Teile eines Modelles als möglichen Lösungsvorschlag genannt). Die Signifikanz wird mittels steigendem Pflegemangel in der Türkei diskutiert.</p> <p>- Der Forschungsprozess wurde anhand des EMED-Rasters dargelegt.</p>	<p><u>Design:</u> Weder Methode noch Design werden explizit genannt. Aus dem Kontext heraus, Quasiexperimentelles Design wahrscheinlich, da keine Kontrollgruppe vorhanden ist handelt es sich nicht um experimentelles Design. Scheint für Forschungsfrage passend.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Willkürliche Stichprobe, Ein- und Ausschlusskriterien wurden nicht genannt. die Vorher/Nachher Gruppe ist homogen, die demographischen Daten werden tabellarisch beschrieben. Das Setting, deren Struktur und Hierarchie wird ebenfalls beschrieben. Die Stichprobe ist für die Studie des Spitals repräsentativ. Damit die Studie auf weitere Spitäler übertragbar wäre, müssten weitere Institutionen, welche ähnliche Arbeitsbedingungen aufweisen, teilnehmen. Die Dropouts werden angegeben. Das Sample ist für ein Quantitative Design eher klein.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Die Datenerhebung via Likertskala erscheint sinnvoll, es wird das persönliche Erleben befragt. Es wird nur beschrieben, dass die Daten via Fragebogen erhoben wurden, welche Fragen dieser enthält wurden nicht festgehalten.</p> <p><u>Messverfahren & Interventionen:</u> Die Implementation der Intervention wird klar und definiert beschrieben. Die ordinale Likertskala ist sinnvoll um die Berufliche Zufriedenheit zu «benoten». Der Cutoffpoint liegt bei 2.5. Verarbeitung der Daten, sowie die Datensättigung werden nicht beschreiben.</p> <p>Methologische Reflexion: Der philosophische Hintergrund wird nicht gross dargestellt, die Forschenden legen aber dar, dass in der Türkei viele Pflegende aufgrund der Arbeitsumgebung aussteigen und dass dadurch eine Intervention implementiert werden muss. Die Datensättigung wird nicht diskutiert, der Cronbachalpha Wert liegt im ausgezeichneten Bereich. Die Vorgehensweise stimmt mit dem Design überein und es eignet sich für die Fragestellung.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Der Chi-squaretest eignet sich um die Vorher/Nachher Zufriedenheitsrate zu vergleichen. Das Sample ist für den Chi-Squaretest gross genug. Die statistischen Angaben können beurteilt werden. Das Vorgehen bezüglich Analyse ist knapp beschrieben, es werden keine Referenzierungen miteinbezogen. Allerdings wird im</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise und mit statistischen Werten beschrieben. Zur Ergebnisstabelle wird im Text Bezug genommen. Die Abbildung zur Zufriedenheit bezüglich positiver Arbeitsumgebungsstrategie erscheint unübersichtlich.</p> <p>Da die analytischen Schritte knapp beschrieben wurden, ist es schwierig diese zu beurteilen.</p> <p>Die Konzeptualisierung der Forschenden stimmt mit den Daten überein. Ausserdem wurden die Implementationsstrategien einzeln genau beschrieben.</p> <p>Die entwickelte Intervention wird mit den Zufriedenheitsdaten reflektiert und auf die Wirksamkeit beschrieben.</p>	<p>Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden. Durch die Beschreibung der «Pflegesituation» in der Türkei konnte das Phänomen genauer beschrieben werden und so einen Lösungsvorschlag bringen. Es werden alle Resultate diskutiert. Die Resultate werden mit reichlich vorhandener Literatur/Guidelines verglichen bzw. und die gefundenen Resultate so unterstützt.</p> <p>Limitationen werden kurz beschrieben.</p> <p>Es wird aufgezeigt, dass die Interventionen in Spitälern umgesetzt werden kann (mit genügend Ressourcen wie beispielsweise durch die Hilfe durch die Finanzierung durch den türkischen Staat ((60 Stellen neu besetzt)) und die Unterstützung durch die Universitäten), da die einzelnen Schritte klar beschrieben werden.</p> <p>Die Studie hat grosse pflegerische Bedeutung, da obwohl auch im Spital in dem die Studie gemacht wurde, weiterhin ein Pflegemangel besteht, konnte durch die Interventionen die Zufriedenheitsrate gesteigert werden.</p> <p>Die Forschenden geben eine Empfehlung ab, dass diese Problematik und mögliche Intervention weiter erforscht wird.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Interessenskonflikte werden nicht dargelegt. - Ein Literaturverzeichnis ist vorhanden. - Die Finanzierung der Studie wurde nicht erwähnt. - Die Expertise der Autoren wird dargelegt. - Das Journal ist eine vollständig begutachtete Zeitschrift, die wissenschaftliche Originalarbeiten veröffentlicht, die das internationale Verständnis und die Entwicklung der Krankenpflege sowohl als Beruf als auch als akademische Disziplin voranbringen. Impact factor wird nicht beschrieben. 	<p>Interventionsteil genau beschrieben wie alles implementiert und schrittweise aufgrund von Feedback verändert wurde. Die Erhebung erscheint glaubwürdig, die analytischen Schritte werden allerdings nicht beschrieben.</p> <p><u>Ethik:</u> Es werden keinerlei Angaben zur Ethik gemacht, was sich qualitätsmindernd auf die Studie auslöst. Es wird aber beschrieben, dass die Teilnahme freiwillig war. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der informed consent eingeholt wurde. Aufgrund des Designs mussten die Pflegenden in fast alle Schritte miteinbezogen werden.</p> <p><u>Allgemein:</u> Methodenteil relativ unübersichtlich.</p>		Güte/ Evidenzlage:
--	--	--	--------------------

Evidenzlage: Auf der 6S Pyramide befindet sich die Studie auf dem untersten Niveau, da es sich um eine «single study» handelt.

Objektivität, Reliabilität, Validität: Keine Angaben zum Studiendesign, was sich auf die Objektivität negativ auswirkt. Dies lässt grossen Spielraum zur Interpretation des Studiendesignes. Der Cronbachalpha weist einen ausgezeichneten Wert auf. Die Messinstrumente wurden nicht auf die Validität oder Reliabilität geprüft. Das Sample ist relativ klein, was die Repräsentativität einschränkt. Ebenfalls werden keine Angaben zur Ethik gemacht. Insgesamt weist die Studie eine niedrige Güte auf, zeigt aber auf, dass mittels dieser Interventionen die berufliche Zufriedenheit gesteigert werden kann.

Referenz: Kooker, B. M., & Kamikawa, C. (2011). Successful strategies to improve RN retention and patient outcomes in a large medical centre in Hawaii.

Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 20(1–2), 34–39. ccm. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03476.x>

Zusammenfassung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Von 1991-1995 berichteten Führungspersonen der Pflege über einen zunehmenden Fachkräftemangel in Hawaii. Es wurde festgestellt, dass es schwieriger wurde, Pflegende zu finden, rekrutieren und dann auch im Beruf zu halten. Führungspersonen sehen einen grossen Kostenpunkt im «importieren» von Pflegenden. Zwischen 1997 – 2005 fanden Umfragen statt. Diese beschrieben einen Pflegemangel, welcher in Zukunft noch ausgeprägter sein wird. Ebenfalls wurde festgestellt, dass immer weniger junge Leute im Beruf arbeiten. In 2005 gaben 56 % an, dass sie bis 2015 sich pensionieren lassen möchten. 70% wollte bis 2020 in Pension sein. Daher wurde ein Pilot Programm gestartet, welches mittels «magnet model» Standard die Situation verbessern sollte.</p>	<p>Design: Qualitatives Design, wird im Text allerdings nicht erwähnt, daher auch keine Begründung dazu. Im Text wird immer wieder von einer «Retention Intervention» beziehungsweise von einem Trainingsprogramm gesprochen.</p> <p>Stichprobe: Keinerlei Information, wie viele Pflegende miteinbezogen wurden, einzig die Retentionsrate wurde prozentual angegeben. Aus dem Kontext ist herauszulesen, dass alle «Nurse Fellows» inkludiert wurden und alle «Nurse Managers». Ebenfalls keine Angaben dazu wie viele Patienten miteinbezogen wurden (Dekubitus, Zufriedenheit). Setting: 505 Betten Spital, Level 2 Trauma Kategorie.</p> <p>Datenerhebung: Fokusgruppen, kategorisiert. Diese Analyse fanden nach jeder «Session» statt.</p> <p>Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mittels einem Trainingsprogramm («Building Capacity to Improve Patient and Nurse Outcomes»), in dem die frisch diplomierten Pflegenden ein «Fellowship» absolvierten, welches 24 W dauerte und persönliche & kulturelle Werte stärken, sowie die Teamfähigkeit und Führungsfähigkeiten verbessern/entwickeln sollte. Die kulturellen Aspekte wurden 	<p>Ergebnisse</p> <p>Fokusgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Top Themen bei den «Fellows»: Verbindung zum Spital, Wertempfindung als Angestellte und Stolz, um an so einem «Pionierprojekt» teilzunehmen. - Resultate der Clinical Coaches: Mehr Kontakt zwischen Fellows und Coaches gewünscht, Schaffung bezüglich Klarheit der Rolle der Coaches, mehr klinisch erfahrene Coaches. <p>Zahlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retentionsrate 2005 – 55.97. 2009:68.2 - Freie Stellen: 2005 – 11.26. 2009: 2.19. - Dekubitusrate IPS: 2005: 15.3, 2007: 22.9, 2009 6.7. - Patientenzufriedenheit: 2005: 84.6 2009: 87.8. <p>Pflegende:</p>	<p>Die Intervention hat einen positiven Outcome auf Patienten und Pflegenden gehabt. Insbesondere kostenweise fand aufgrund der reduzierten Dekubiti eine massive Einsparung statt.</p> <p>Einfluss auf die Resultate: Es muss beachtet werden, dass der Arbeitsmarkt «enger» wird und die Wirtschaft sich ändert. Zusätzlich bringt die Reise zum «Magnet Status» Bindung und Stolz mit (sowie weitere strategische Interventionen).</p> <p>Sponsor: Division of Nursing, Bureau of health professionals, Health Resources and Services</p>

<p><u>Forschungsfrage/Ziel:</u> Die Forschenden beschreiben, wie sie mittels der «multifacetten retention initiative» versuchen dem Pflegemangel in Hawaii entgegen zu wirken.</p> <p><u>Theoretischer Bezugsrahmen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurze Beschreibung des Goldstandards der Magnet Models. - Ausgiebige Beschreibung der aktuellen Lage in Hawaii bezüglich Pflegenden. <p><u>Argumente für Forschungsbedarf:</u> Massiver Pflegemangel, welcher sich in Zukunft verschlimmern wird. Die Professionalität der Pflegenden und die Patientenoutcomes sollen sich verbessern. Das frisch diplomierte Pflegepersonal des «queen's medical center» in Honolulu, blieb nur zu 44.3% länger als ein Jahr in der Position.</p>	<p>durch indigene Hawaiianer näher gebracht damit auch die Werte der Population miteinfließen konnte. Dies muss zwischen dem 6.- und 12. Monat nach Anstellung absolviert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Führungspfleger*innen wurden ebenfalls miteinbezogen, in dem die Führungsfähigkeit gestärkt wurde (Fokus auf persönliche und kollegiale Verantwortung) - Ziel: Zufriedenheit der Pflegenden stärken (Zufriedenheit bezüglich Autonomie und Entscheidungen fällen) und Patient Outcomes (Dekubitus, Patientenzufriedenheit) bessern. - Entstehung von 4 «Magnet Pilot Units» . Dafür wurden spezielle Trainings implementiert. <p><i>Phase 1:</i> Die Pflegenden und deren Führungskräfte konnten in einem renommierten Magnet Spital «schnuppern». Ein Monat später besuchten Pfleger*innen aus dem renommierten Spital das Spital in Honolulu. Es fand ein gemeinsamer Austausch statt.</p> <p><i>Phase 2:</i> Leitende Pflegenden und Pflegenden welche an der Front aktiv sind, wurden in die Entwicklung und Implementation von Projekten miteinbezogen, um die Leistungen der Abteilungen zu bessern. Fokus auf: Dekubitusrate, Patientenzufriedenheit & Zufriedenheit der Pflegenden (Autonomie und Entscheidungsfähigkeit)</p> <p><u>Methodologische Reflexion:</u> Deskriptiver qualitativer Ansatz? Der Ansatz wird nicht genauer beschrieben oder diskutiert. Die Forschenden beschreiben im ersten Teil des Papers, dass sie die Bewertung des Assessments beschreiben wollen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie: 2005: 41.13 – 2009: 47.97 - Entscheidungsfähigkeit: 2005: 41.13. 2009: 47.97 <p><u>Finanzielle Aspekte</u></p> <p>bezüglich Pflege: 1: Turnover – verursacht Kosten von fast 120 000 Dollar. 62 Turnovers in 2006 – Kosten bis zu 7 Millionen.</p> <p>bezüglich Patient: 1 Patient ein Dekubitus: bis zu 40 000 Dollar. Eingesparte Kosten bei 2 Patienten mit 2 Dekubitus: 1 Million Dollar.</p>	<p>Administration, Department of Health and Human Services.</p> <p>Kein Interessenskonflikt gemäss den Autorinnen.</p>
---	---	---	--

	<p><u>Datenanalyse:</u> Fokusgruppen, welche durch eine externe Person geleitet wurde. Sprachaufnahmen, anschliessendes Review mit Teilnehmenden. Dies wurde danach detailanalysiert und kategorisiert. Die Forschenden beschreiben mögliche Einflüsse, welche die Ergebnisse auch verzehren könnten, ansonsten wird keine Stellung zur Qualität genommen. Es wird nicht beschrieben wie die Unterschiede der Variablen berechnet wurden.</p> <p><u>Ethik:</u> Keine Angaben</p>		
--	--	--	--

Würdigung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<ul style="list-style-type: none"> Die Studie beschreibt eine wichtige Frage, da der Pflegemangel global steigt. Das Phänomen wird explizit auf das Land beschrieben, auch mit geschichtlichen Aspekten. Der Aim wurde klar formuliert. Die Fragestellung wird nicht einzeln beschrieben, kann aber aus dem Kontext gelesen werden. Das Thema wird ausführlich mit Literatur beschrieben. <p>- Der Forschungsprozess wurde anhand des EMED-Rasters nachvollziehbar dargelegt. - Laut den Autoren sind keine</p>	<p><u>Ansatz:</u> Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem Design ist nicht klar verständlich. Anhand der vorhandenen Informationen ist es nicht klar ersichtlich, um was für ein Forschungsdesign es sich handelt. Da weder typisch qualitative (Interviews, kleine Probandenzahl), oder quantitative (Statistiken, hoher Probandenzahl) vorhanden ist.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Es wurde keinerlei Information zur Stichprobe gegeben. Dies könnte bei der Aktionsforschung auf das Design zurückzuführen zu sein. Die Forschenden wollten vor allem die Implementation der Initiative beschreiben. Die Zahlen stehen nur in Prozentsätzen da und werden nicht in Relation gestellt. Das Setting wurde kurz beschrieben. Die Teilnehmenden (Pfleger und Führungskräfte der Pflege) sind als «Informanten» geeignet</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Bei der Datenerhebung geht es einerseits um das Erleben und um soziale Prozesse, andererseits um die Patientenoutcomes, welche mit quantitativen Daten gemessen werden. Die Datensättigung wird nicht diskutiert.</p> <p><u>Methodologische Reflexion:</u> Der philosophische Hintergrund und der Standpunkt der Forschenden wird nicht dargestellt. Das methodische Vorgehen scheint korrekt zu sein, wobei man beachten muss, dass die Forschenden keine konkreten Aussagen zum Design machen.</p> <p><u>Ethik:</u> Es ist nicht beschrieben, ob die Ethikkommission miteinbezogen wurde. Da es sich aber vor allem um die Beschreibung der Implementation handelt und dies nur ein Teil vom ganzen Prozess ist, kann davon ausgegangen werden, dass die ethischen Aspekte im «grossen» Projekt beachtet wurden.</p>	<p>Die Ergebnisse der Fokusgruppe wurden kategorisiert aufgelistet aber nicht genauer beschrieben. Sie beschreiben diverse Aspekte, welche die Zufriedenheitsrate beeinflussen können. Das Gesamtergebnis wird aber nicht detailliert beschrieben. Die Forschenden schreiben allerdings, dass die Resultate dieser Gruppe für zukünftige Überarbeitungen der Strategie gebraucht werden.</p> <p>Obwohl beschrieben wird, dass die Gespräche aufgenommen wurden, so werden im Text keine Zitate wiedergegeben.</p> <p>Insgesamt ist der Ergebnissteil zu knapp und ungenau beschrieben, die Daten können schlecht interpretiert werden, da die Zahlen auch nicht in Relation gestellt werden.</p>	<p>Es wurde verständlich beschrieben, dass die Initiative einen signifikant positiven Outcome haben kann.</p> <p>Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden, beziehungsweise es konnte aufgezeigt werden, wie die Forschenden in der Implementierung vorangegangen sind.</p> <p>Die Ergebnisse werden nicht mit vorhandenen Studien oder weiterer Literatur verglichen.</p> <p>Als Schlussfolgerungen werden mögliche Outcomes beschrieben. Es werden keine Empfehlungen herausgegeben. Die Forschenden beschreiben dass in dem Paper nur die eigenen Ansichten beschrieben wird.</p> <p>Güte/ Evidenzlage: Zu unterst auf der 6S Pyramide, Singlestudie.</p>

Interessenskonflikte vorhanden - Ein Literaturverzeichnis ist vorhanden. - Die Finanzierung der Studie wurde erläutert. - Die Expertise der Autoren wird dargelegt. - Das Journal ist eine internationale, begutachtete, wissenschaftliche Zeitschrift, die die Entwicklung und den Austausch von Wissen fördern will, das für alle Bereiche der Pflegepraxis direkt relevant ist.			
--	--	--	--

Evidenzlage: Auf der 6S Pyramide befindet sich die Studie auf dem untersten Niveau, da es sich um eine «single study» handelt.

Confirmability: Für die Fokusgruppen wurde eine externe Person hinzugezogen. Zusätzlich fand ein Austausch mit einem zertifizierten Magnet Hospital und deren Personal statt. Daher sollte dieser Punkt gewährleistet sein.

Dependability: Das Paper beschreibt nur einen Teil des ganzen Projektes. Allerdings wurden die Datenerhebung und Analyse mangelhaft beschrieben.

Credibility: Gemäss der Beschreibung fanden in den Fokusgruppen «peer debriefings» statt.

Transferability: Es wurden keine Zitate beschrieben.

Das Paper beweist, dass mit der Intervention die Zufriedenheitsrate beeinflusst werden kann. Allerdings sind einige Gütekriterien mangelhaft. Das Ziel vor allem ein beschreibender Prozess, weshalb gegebenenfalls auf das Beschreiben der methodischen/analytischen Aspekte verzichtet wurde.

Referenz: Kramer M., Maguire, P., & Brewe, B. (2011). Clinical Nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments.

Zusammenfassung der Studie			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u></p> <p>Zahlreiche Kommissionen, Ausschüsse und Einzelpersonen haben die Notwendigkeit von Verbesserungen in der Arbeitsumgebung des Pflegepersonals empfohlen. Gesunde Arbeitsumgebungen, welche die Berufsausübung unterstützen, wirken sich positiv auf die Mitarbeiterbindung</p> <p>Arbeitsstress, Arbeitszufriedenheit, Qualität des Arbeitslebens, Lebensqualität, Patientensicherheit, Zufriedenheit und Verweildauer sowie Ergebnisse wie das Ausbleiben von unerwünschten Ereignissen von Patienten aus. Frühere Studien zeigten, dass über 80 % der Arbeitszufriedenheit, Attraktivität und Bindung des Pflegepersonals</p> <p>aus der Produktivität der Pflegequalität stammen.</p> <p>Folgende acht Arbeitsprozesse/ Beziehungen, sind wesentlich für eine gesunde Arbeitsumgebung</p>	<p><u>Design:</u> deskriptive Studie</p> <p><u>Stichprobe:</u> N= 10752 erfahrene RN (über 1 Jahr Praxiserfahrung)</p> <p>540 Abteilungen, aus 34 Magnet-Krankenhäusern.</p> <p>Es wurden 40 Magnet-Krankenhäuser mit folgenden Kriterien ausgewählt:</p> <p>(1) Magnet-Auszeichnung zusätzlich zu einer oder mehreren Krankenhaus- oder Fachbereichsauszeichnungen</p> <p>(2) gleiche Verteilung auf drei Haupttypen von Krankenhäusern (Academic Teaching, Community Lehrkrankenhaus, kommunales Lehrkrankenhaus), auf vier Hauptregionen des Landes (Nordosten, Südosten, Mittlerer Westen, Westen/ Südwesten), und in unterschiedlich großen Gemeinden</p> <p>(3) die Vertretung der wichtigsten Orientierungs-, Praktikanten- und Residenzprogramme für neue Absolventen.</p> <p><u>Datenerhebung:</u></p>	<p><u>Ergebnisse:</u></p> <p>- Die ICC(2) für sieben der acht EOMII-Skalen reichten von 0,63 bis 0,94 und erfüllten das Kriterium von 0,60. Die einzige Skala, die das Kriterium nicht erfüllte, war die Arzt - Beziehungsskala.</p> <p>- 34 Magnet-Spitäler mit Rücklaufquoten von 40% oder mehr bestätigten VHWE (very healthy work environment) auf mehr als der Hälfte (n = 291;54%) der 540 Einheiten, HWE (healthy work environment) auf 150 (28%) der Einheiten und WENI (work environments needing improvement) auf 99 (18%) der 540 Einheiten.</p> <p>- Es gab keine signifikanten Unterschiede im Anteil der VHWE, HWE und WENI Abteilungen nach Art des Krankenhauses, regionaler Lage, Größe der Gemeinde, in der das Spital lag. Ein größerer Prozentsatz der</p>	<p><u>Diskussion & Interpretation:</u></p> <p>Die Ergebnisse der EOMII-Umfrage unter klinischen Krankenschwestern in 34 Krankenhäusern bestätigen, dass ein Rücklauf von 40 % der Einheiten für eine repräsentative Datenaggregation ausreichend ist.</p> <p>Die kombinierte 82% (54% VHWE plus 28% HWE-Abteilungen) setzt eine hohe Messlatte, die als Ziel für alle Krankenhäuser dienen kann. Doch selbst in diesen ausgezeichneten Magnet Krankenhäusern gibt es noch Raum für Verbesserungen, wie die</p> <p>18% WENI-Einheiten repräsentieren (99 der 540 Abteilungen)</p> <p>Es gab viele statistisch signifikante Zusammenhänge von HWE-Einheiten, aber nur wenige konsistente, identifizierbare Muster.</p> <p>Ein wiederkehrendes Ergebnis ist, dass Pflegende mit 3 Jahren oder</p>

<p>(HWE): (1) die Arbeit mit klinisch kompetenten Kollegen, (2) kollegiale/ kollaborative Pflege-/Arzt-Beziehungen, (3) klinische Autonomie, (4) Unterstützung bei der Ausbildung, (5) Wahrnehmung einer adäquaten Personalausstattung, (6) unterstützende Beziehungen zum Pflegemanager, (7) Kontrolle über die Pflegepraxis (8) Übertragung und Übernahme von patientenzentrierten kulturellen Werten.</p> <p><u>Forschungsfrage/Ziel:</u></p> <p>Die hier vorgestellte Studie ist der erste Schritt eines dreiteiligen Forschungsprogramms, das den Einfluss einer gesunden Arbeitsumgebung auf, die auf den Übergang und die Integration von neu lizenzierten Pflegenden prüft.</p> <p>Es werden 4 Probleme zusammengefasst: Beschreibungen von Prozessen in der Pflegepraxis fehlen. 1: Es gibt keine klare Definition zur Gesunden Arbeitsumgebung. 3. Notwendigkeit dass Pflegende genau von ihrer Arbeitsumgebung erzählen und wie es genau ist. 4. Wie kann das Arbeitsumfeld und die vielen Probleme die daraus resultieren untersucht werden?</p>	<p>Die EOMII-Daten wurden von 12 233 erfahrenen klinischen Pflegenden von 717 Abteilungen erhoben. Es wurden lediglich die Daten der Abteilungen eingeschlossen, welche eine 40-prozentige Rücklaufquote erfüllten. Erfahrene Krankenschwestern in den 34 Magnet-Krankenhäusern füllten die EOMII-Umfragen in den letzten 9 Monaten des Jahres 2009 aus. Die Teilnahme an dem dreistufigen, 18-monatigen Forschungsprogramm, für das die vorbereitende EOMII-Befragung der erste Schritt war, erforderte erhebliche Zeit, Mühe und Engagement.</p> <p><u>Messverfahren & Interventionen:</u></p> <p>Das EOMII ist ein 58-teiliges Instrument, das jeden Arbeitsprozess mit einer separaten Subskala misst; der HWE-Score ist die Summe der acht Subskalen. Die acht Subskalen sind miteinander verknüpft; keine steht in einem HWE allein und keine ist optional.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>Intraclass Korrelationskoeffizient, ICC(2), und die gruppeninterne Inter-Rater-Reliabilität, rWG(J) wurden durchgeführt um die Zuverlässigkeit der auf Abteilung aggregierten Daten zu überprüfen. Beides sind Maße der Validität, sie können verwendet werden, um festzustellen, ob ein Parameter, wie z. B. ein aus Individuen berechneter Mittelwert die Gruppe (in diesem Fall die Abteilung) genau repräsentiert.</p> <p>Der ICC(2), basierend auf einem ANOVA-Modell, misst</p> <p>Grad, in dem die individuellen Bewertungen einer Variablen</p>	<p>der klinischen Einheiten in Akademischen Lehrkrankenhäusern wurde als WENI-Einheiten bestätigt, als zufällig zu erwarten wäre.</p> <p>In allen 34 Spitälern wurde mindestens eine VHWE-Abteilung bestätigt; in drei der 34 wurden alle Abteilungen als VHWE bestätigt. Ein weiterer signifikanter Unterschied</p> <p>zwischen den Spitälern war, dass in drei der 34 Spitäler erfahrene Pflegende bestätigten, dass zwischen acht (46%) und 17 (55%) der Abteilungen in diesen Spitälern WENI-Abteilungen waren.</p> <p>- Signifikant mehr ADN-Pflegende und weniger BSN-Pflegende arbeiteten auf WENI-Einheiten als auf VHWE- oder HWE-Einheiten.</p> <p>Es gab signifikante Unterschiede nach Art des Spitäles, nach Ausbildung des Pflegepersonals. Alle bis auf eines der 13 akademischen Lehrkrankenhäusern hatten einen signifikant ($v_2 = 2776,961$; $P \leq 0,000$) höheren Anteil an BSN-Pflegenden als die 21 kommunalen Spitäler, die von 70 bis 90%.</p> <p><u>Zentrale Ergebnisse:</u></p> <p>Es gab hochsignifikante Unterschiede ($F = 79,173$; $P \leq 0,000$) in der Bewertung der</p>	<p>weniger Erfahrung und >30 Jahren Erfahrung ihr Arbeitsumfeld als gesünder wahrnehmen</p> <p>als Pflegende in anderen Erfahrungsgruppen. Vielleicht lässt sich dieses Muster durch den hohen Grad an Eifer und Engagement erklären bei den Pflegenden mit ≤ 3 Erfahrung. Durch die erneute berufliche Fokussierung bei den über 30 Jahren erfahrener Pflegenden die nicht mehr so viele konkurrierende Lebensinteressen haben, wie z. B. die Erziehung von Familien.</p> <p>Ein weiteres sich wiederholendes Muster ist, dass ein größerer Prozentsatz von BSN Pflegenden HWE-Abteilungen bestätigen, im Vergleich zu Pflegenden mit anderen Ausbildungen. Dies könnte an der Einbeziehung von mehr didaktischen Informationen liegen über klinische Autonomie, Kontrolle über die Pflegepraxis, patientenzentrierte kulturelle Werte usw. Oder es könnte daran liegen, dass ein größerer Schwerpunkt auf Führung, Zusammenarbeit und Teamwork in BSN-Ausbildung gelegt wird.</p> <p>In allen Spitälern, nicht nur in dieser Studie, sondern auch in unabhängigen HWE-Bewertungen</p>
--	--	---	--

<p>Das Ziel der hier berichteten Studie war es, zu ermitteln, inwieweit Pflegende, die länger als 1 Jahr auf klinischen Abteilungen arbeiten, eine gesunde Arbeitsumgebung bestätigen. Es wurde davon ausgegangen, dass die Pflegende mind. 1 Jahr mit der Arbeitsumgebung der Station vertraut sein muss, bevor sie die Gesundheit der Arbeitsumgebung bestätigen kann. Weitere Ziele waren die Identifizierung von Kontexten, welche die Verteilung und den Anteil gesunder Arbeitsumgebungen auf klinischen Abteilungen in Spitälern beeinflussen. Zu den untersuchten Faktoren gehörten:</p> <p>(1) kontextuelle Variablen wie individuelles Krankenhaus, Art des Krankenhauses, Größe der Gemeinde in der sich das Krankenhaus befindet und die regionale Lage des Krankenhauses</p> <p>(2) demographische Variablen wie Ausbildung des Pflegepersonals, Erfahrung, Betriebszugehörigkeit und Schichtarbeit sowie die Variable der auf der Station betreuten Patienten. Der Effekt von demographischen, kontextuellen und Arbeitsvariablen auf die</p>	<p>konsistent sind, vom Gruppenmittelwert abweichen. Der ICC(2) betrachtet die Beziehung zwischen Varianz innerhalb einer Gruppe im Gegensatz zur Varianz zwischen Gruppen (Abteilungen). Das Kriterium ist $>0,60$</p> <p>Inter-Rater-Reliabilität rWG(J), ist das am häufigsten verwendeten Maß, für gruppeninterne Übereinstimmung für Skalen mit mehreren Items und wurde verwendet, um die Validität des Mittelwerts als Gruppen Maß zu bestimmen. Der Kriteriums-Cut-off für den rWG(J) ist $>0,60$</p> <p>ANOVA mit post hoc Mehrfachvergleichen (Tukey ähnlich signifikanter Unterschiedsstatistik) wurden verwendet, um statistisch signifikante ($P \leq 0,05$) homogene Teilmengen von Spitälern für das National Magnet Hospital Profile.</p> <p>Statistische Paket für Sozialwissenschaften (SPSS 2007) ist ein allgemeines lineares Korrelationsmodell und wurde verwendet, um die Beziehung zwischen den demographischen Variablen der Ausbildung, Erfahrung, Dienstzeit auf der Station, Schicht, der arbeitscharakteristischen Variablen der Patienten, der klinischen Abteilung und den Kontextvariablen des einzelnen Krankenhauses, der Größe, Größe der Gemeinde, Region des Landes und Art des Krankenhauses auf die abhängigen Variable, dem Anteil der HWE-Angehörigen Abteilungen.</p>	<p>Qualität der Patientenpflege nach VHWE, HWE- und WENI-Abteilungen. Pflegekräfte auf VHWE-Abteilungen bewerteten die Qualität der Pflege auf ihrer Station signifikant höher ein als Pflegende auf HWE- und WENI-Abteilungen</p> <p>Die ANOVA zu Ausbildung, Erfahrung und Betriebszugehörigkeit der Pflegenden nach den acht Arbeitsprozessen und Beziehungen zeigte signifikante Unterschiede bei sieben der acht Arbeitsprozessen. Die BSN-Pflegenden schnitten bei allen Arbeitsprozessen besser ab, außer bei den Beziehungen zwischen Krankenschwester und Arzt.</p> <p>BSN-Pflegende in akademischen Lehrkrankenhäusern berichteten mehr kollegiale/kollaborative kollegiale/kollaborative Arzt-Schwester-Beziehungen als Pflegende mit ADN oder Diplom-Ausbildung, unabhängig von der HWE-Einheit.</p> <p>Der Anteil der festangestellten Krankenschwestern nach Erfahrung war in den VHWE-, HWE- und WENI-Abteilungen ähnlich.</p> <p>25 Prozent der Pflegenden haben 3 oder weniger Jahre</p>	<p>mit dem EOMII-Instrument, haben Pflegende eine deutliche Reduzierung der Unterstützung für Bildung in den letzten 2 Jahren wahrgenommen. Wahrscheinlich aus wirtschaftlichen Gründen.</p> <p>VHWE-Verteilung der 540 HWE-Einheiten war nicht normalverteilt, sondern deutlich schräg nach rechts und in Richtung exzellenter, gesunder Arbeitsumgebungen der Einheiten.</p> <p><u>Schlussfolgerung:</u></p> <p>Die stärksten Korrelate sowohl von HWE als auch für die wesentlichen Arbeitsprozesse waren die demographischen Variablen Ausbildung, Schichtarbeit, Erfahrung und Betriebszugehörigkeit. Multivariate Analysen von Kontext-, Arbeits-, demographischen und Spitalvariablen nach HWE-Abteilungen, nach den acht wesentlichen Arbeitsprozessen/ Beziehungen und der Qualität der der Patientenversorgung zeigen, dass das stärkste Korrelat der HWE das einzelne Krankenhaus war. Die meisten der kontextuellen, demographischen und</p>
---	---	---	--

<p>acht Arbeitsprozesse, die eine gesunde Arbeitsumgebung ausmachen, wurde ebenfalls untersucht, sowie der Einfluss auf Patienten der Abteilungen und die von den Pflegenden bewerteten Qualität der Patientenversorgung.</p> <p><u>Argumente für Forschungsbedarf:</u></p> <p>Zur empirischen Untersuchung der Auswirkungen einer gesunden Arbeitsumgebung auf die Patienten/Pflegenden, müssen die Arbeitsprozesse und Beziehungen aus der Perspektive der Pflegenden definiert werden. Diese müssen valide und zuverlässig an individuellen Daten verbunden mit den Abteilungen gemessen werden.</p>	<p>Multivariate Analysen wurden verwendet, um die Beziehungen zwischen kontextuellen, demographischen und Arbeitsvariablen und den acht Arbeitsprozessen (EOMII Subskalenwerte) herzustellen.</p> <p><u>Ethik:</u> nicht erwähnt</p>	<p>Berufserfahrung, etwa derselbe Anteil hat mehr als 20 Jahre.</p> <p>Fast 10% der Pflegenden arbeiteten in verschiedenen Wechselschichten. Zwei Schichten verursachten einen signifikanten Unterschied zwischen den HWE</p> <p>Einheiten nach der gewöhnlich gearbeiteten Schicht: (1) ein größerer Prozentsatz der Krankenschwestern in der WENI-Gruppe arbeiteten 12-Stunden-Tage als</p> <p>als die Krankenschwestern der anderen beiden Gruppen und (2) ein größerer Prozentteil der Pflegenden in der HWE-Gruppe arbeiteten 12</p> <p>Stunden nachts, als die Pflegenden in den anderen beiden Gruppen.</p> <p><u>Darstellung:</u> Ergebnisse werden in 5 Tabellen ausführlich dargestellt.</p>	<p>Arbeitsvariablen, wenn sie einzeln analysiert werden, wird weder die Entwicklung von HWE-Abteilung gefördert noch behindert. Jede Kombination von ausgebildeten, erfahrenen, fest angestellten Pflegenden, die in jeder Schicht arbeiten, die jede Art von Patient in jeder Art von Krankenhaus betreuen, im Norden, Süden, Osten oder Westen, in einer großen Metropole oder in einer kleinen Bauerngemeinde, kann mit der Unterstützung, Führung und Befähigung von visionären Führungskräften ein gesundes Arbeitsumfeld in der Einheit entwickeln und erhalten.</p> <p>Um die Vision von HWE auf allen Abteilungen zu verwirklichen müssen die Pflegedienstleiter die neun Strukturen schaffen, die für die Entwicklung der Arbeitsprozesse und Beziehungen, welche die Grundlage einer HWE bilden verantwortlich sind.</p>
---	---	--	--

Würdigung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u> Das Problem wurde in der Einleitung verständlich beschrieben und von wissenschaftlicher Literatur ergänzt.</p> <p><u>Bezugsrahmen:</u> Die Einleitung, sowie die Relevanz vom Thema wurde anhand von empirischen Daten festgehalten. Es wurden Daten bis zurück zum Jahr 1980 verwendet, der Argumentationsaufbau ist nachvollziehbar.</p> <p><u>Forschungsfrage:</u> Die Ziele der Studie wurden klar definiert. Die Relevanz für den Praxisalltag, sowie die Bachelorarbeit ist vorhanden.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Der Forschungsprozess wurde anhand des EMED-Rasters nachvollziehbar dargelegt. - Interessenskonflikte werden nicht dargelegt. - Ein Literaturverzeichnis ist vorhanden. - Die Finanzierung der Studie wurde nicht erwähnt. - Die Expertise der Autoren wird dargelegt. - Das Journal ist ein internationales Forum, das die 	<p><u>Design:</u> Unter Punkt Sample wird das Studiendesign als deskriptive Studie beschrieben. Genauer wird dazu nicht erläutert.</p> <p><u>Sample:</u> Grosse Stichprobe ist für das Design passend, die Auswahlkriterien wurden klar erläutert. Es wurde auf eine heterogene Verteilung der Magnetkrankenhäuser geachtet.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Die Datenerhebung wurde nachvollziehbar beschrieben. Die Analyse und die Ergebnisse basieren lediglich auf den EOMII-Umfragen der Abteilungen, welche die erforderliche Rücklaufquote von 40 % erfüllten. Diese wurde erreicht, indem die Abteilungsleiter oder die Forschungsbeiräte sich für die Teilnahme entschieden haben. In welcher Form die Teilnehmenden ihr Einverständnis gegeben haben wurde nicht beschrieben. Ggf Hawthorne Effekt durch Befragung.</p> <p><u>Messverfahren:</u> Das Messverfahren ist detailliert beschrieben und scheint passend gewählt. Entwicklungs-, Inhalts- und Kriteriumsvalidität, Itemgewichtung, Reliabilität und Faktorenanalyse des EOM und EOMII sind ausführlich geprüft. Cronbach Alpha reicht von 0,72 bis 0,91 für den EOM; für den für den EOMII reicht er von 0,83 bis 0,97. Der EOMII ist identisch mit dem EOM, mit der Ausnahme, dass die Skala "Supportive Nursemanager Relationships" modifiziert.</p>	<p>Die Ziele der Studie konnten anhand der erhobenen Daten erreicht werden. Die Ergebnisse wurden anhand von den Tabellen detailliert aufgezeigt und anhand vom Text sehr ausführlich beschrieben. Die Tabellen sind detailliert und selbsterklärend dargestellt.</p>	<p>Die Resultate wurden kritisch beurteilt und anhand von anderen Studien untermauert.</p> <p>Die Wahrscheinlichkeit von Bias ist sehr klein.</p> <p>Die Reproduzierbarkeit der Studie ist gegeben.</p> <p>Die Limitationen werden ausführlich beschrieben.</p> <p>Die Autoren haben weitere Empfehlungen und Forschungsfragen an die Praxis abgegeben.</p> <p>Die Hypothese wurde teils bestätigt, die Arbeit in einem Magnet-Spital meint nicht automatisch, dass Pflegende bessere Arbeitsbedingungen erfahren</p>

<p>Disziplin des Pflegemanagements und der Führung informiert und vorantreibt. Das Journal fördert wissenschaftliche Debatten und kritische Analysen, die zu einer reichhaltigen Quelle von Erkenntnissen führen, die die Praxis des Managements, der Innovation und der Führung in der Pflege und im Gesundheitswesen untermauern und beleuchten.</p>	<p><u>Datenanalyse:</u> Die verschiedenen Analyseverfahren wurden detailliert beschrieben und die Auswahl begründet.</p> <p>Der Kriteriums-Cut-off für den Intraclass Korrelationskoeffizient und die Inter-Rater-Reliabilität wurde beschrieben. Signifikanzniveaus werden auch beschrieben.</p> <p><u>Ethik:</u> Eine Genehmigung durch ethische Boards wurde nicht beschrieben. Die Finanzierung der Studie wurde ebenfalls nicht erwähnt.</p>		
--	---	--	--

Evidenzlage: Da es sich um einen primären Forschungsartikel handelt, wird nach DiCenso (2009) das unterste Evidenzlevel erreicht.

Objektivität, Reliabilität, Validität: Die Objektivität ist anhand des Forschungsdesigns, der Datenerhebung und Analyse gegeben. Die Reliabilität und Validität sind gegeben, da das Forschungsdesign angemessen ist und die Studie ermittelte, inwieweit Pflegende eine gesunde Arbeitsumgebung bestätigen, worauf die Forschung abgezielt hat. Das EOM/II die Entwicklungs-, Inhalts- und Kriteriumsvalidität, Itemgewichtung, Reliabilität und Faktorenanalyse sind gegeben. Gute Güte.

Referenz: Kutney-Lee, A., Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Quinn, L. W., & Aiken, L. H. (2015). Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Medical Care*, 53(6), 550–557. ccm. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000355>

Zusammenfassung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u> Magnet Hospitals werden seit 1994 auf ihre Outcomes bezüglich Patienten und Pflegenden untersucht. Ursprünglich wurde dieses Modell entwickelt, um die Pflegenden im Beruf zu halten. Es ist unklar, ob die Magnet Spitäler bereits vor der Auszeichnung exzellent haben oder ob der Weg zu diesem Status das Spital verbessert und dadurch bessere Outcomes entstehen.</p> <p>Der Weg zum Magnet Spital kostet viel und benötigt verschiedenste Ressourcen. Daher ist es wichtig, dass Langzeitstudien zum</p>	<p><u>Design:</u> Retrospektive Datenanalyse, mit 4 verschiedenen Datenquellen (<i>Umfrage der Pflegenden, Austrittspapiere, AHA Umfrage und die ANCC Datenbank</i>).</p> <p><u>Stichprobe/Datenerhebung:</u></p> <p>Pflegende: Messungen bezüglich Arbeitsumgebung, Pflegequalität (gemäss Aussagen der Pflegenden) und Job Outcomes sowie die demographischen Daten wurden von der Pennsylvania RN Umfrage (1999) & und vom «Multi-State Nursing Care and Patient Safety Survey (2006) genommen, damals via Random Sample erhoben (Antwortsrate 1999 52%, 2006 39%). Die Repräsentativität wurde mittels Vergleich der demographischen Daten dargestellt. Responserate pro Spital 1999 -> 83, 2006 50 PP. Kleinere Responserate vermutlich wegen des kleineren Samples und der tieferen Antwortrate.</p> <p>Patientendaten: In beiden Jahren durch das «Pennsylvania Health Care Cost Containment Council via Austrittspapieren. Inkludierte Pat: 20-85 Jm eingewiesen aufgrund von Allgemeinchirurgischen, orthopädischen oder vaskulären Eingriffen.</p> <p>Spitalcharakteristika: Durch AHA, Strukturelle Charakteristiken (Bettenanzahl, Technologie, Lehrstatus)</p> <p>Dropouts: Für reliable Zahlen: min. 10 Pflegende welche Antwort geben pro Spital, min. 100 chirurgische Austritte in beiden Jahren.</p> <p>Finales Sample: 136 Spitäler. Davon 11 entstehende Magnet, 125 Non Magnet.</p> <p>Messverfahren:</p>	<p><u>Ergebnisse:</u></p> <p>1999 – Signifikante Unterschiede bezüglich Patienten- und Spitalcharakteristiken zwischen «emerging Magnet» und Non Magnet Spitalern.</p> <p>2006- Unterschiede unverändert, ausser die Proportion von männlichen Patienten. Alle Magnet Spitäler haben den «Lernstatus» erhalten verfügen über «hohe Technologien».</p> <p><u>Ausbildung:</u> Magnet mehr Pflegende mit universitärem Abschluss angestellt. (1999 43%, Non Magnet 31% p: <0.01, 2006: 45% vs. 33% p<0.01)</p> <p><u>Nurse to patient ratio:</u> Magnet: 1999: Magnet: 5, Non Magnet 5.8 (p<0.02). 2006: 4.9 vs 5.8 (p<0.001).</p> <p><u>Veränderung der PES-NWI</u> zwischen Magnet (11) & Non Magnet: Emerging Magnet zeigten signifikante Verbesserungen auf in allen Punkten p<.05, ausser bei</p>	<p><u>Diskussion und Interpretation:</u></p> <p>Es wird aufgezeigt, dass Magnet Spitäler insgesamt signifikant bessere Outcomes für Pflegende und Patienten haben, was bereits in anderen Studien bewiesen wurde. Die Magnet Recognition ist im Allgemeinen eine Intervention, welche in verbesserten Outcomes wieder spiegelt werden könnte.</p> <p>Die Studie bietet erste Erkenntnisse, dass die Investition in eine Magnet Recognition in besseren</p>

<p>Effekt dieses Status gemacht werden.</p> <p><u>Forschungsfrage:</u> Herausfinden und vergleichen wie der Magnet Status die Arbeitsumgebung der Pflegenden, Patienten Outcomes (Mortalitätsrate und «failure-to rescue»), Pflegequalität, Nurse job outcomes (Burnout, Unzufriedenheit und Wille den Beruf zu verlassen) in Magnet Spitälern und Nicht-Magnet-Krankenhäuser sind.</p> <p><u>Theoretischer Bezugsrahmen:</u> Informationen zu den Magnet Forces, denn bisherigen Resultaten vorhandener Studien und Hinweise zu vorhandener Forschung.</p> <p><u>Argumente für Forschungsbedarf:</u> Forschungslücke bezüglich Längsschnittstudien zu den Magnet Hospitals und deren Effekt auf Pflege und Patient.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Magnet Recognition: Zweiteilige Variabel, um zu sehen ob ein Spital den Status aufweist. 2 Spitälern wurden inkludiert, welche erst 2007 den Status erhielten, da diese vermutlich bereits 2006 den Standard durchführten. - Nurse Work environment: Messung via Practice Environment scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) – reliables und valides Instrument. - Patient outcomes: 30 Tage chirurgische Mortalitätsrate sowie «failure to rescue» (FTR) oder Tod, welcher 1-39 potenzielle präventive Komplikation entstehen kann. <p>30 Tage Mortalität und FTR Rate wurde pro 1000 Patienten pro Spital ausgerechnet in beiden Jahren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pflegequalität gemäss Aussagen der Pflegenden: Via Likerskala</i> von 1 (schlecht)-4(excellent). Valide bezüglich Outcomes <i>Gefühl wie Selbstständig die Pflegenden die Pat. nach Austritt</i> einschätzen, ebenfalls via Skala 1-4. <p>Für beide Jahre per 100 Pflegenden berechnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Job outcomes: Burnout mittels Maslach Burnout Inventory, Unzufriedenheit bezüglich Job mittels Frage, auf Likertskala 1-4., Intention den aktuellen Job zu verlassen mittels Frage: Möchten Sie innerhalb des nächsten Jahres ihren Arbeitgeber verlassen? <p>Kovariate: Nurse to patient ratio, sowie Bildungsstand der Pflegenden wurde aus den Daten der Pflegenden abgeleitet. Krankenhauscharakteristiken wurden ebenfalls als Kontrollvariablen inkludiert. Lernstatus inkludiert, sowie hoher Technologiestatus und Spitalgrösse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chi-square, Fisher exact tests und t-test wurden genutzt, um die statistisch signifikanten Unterschiede zu berechnen. <p><u>Datenanalyse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deskriptive Analyse und Vergleiche der Spitälern und Patientencharakteristiken sowie Nurse und Patient outcomes in «emerging Magnet» vs Non Magnet. Mittels T-Test., chi square, Fisher exact test. - Unterschiede bezüglich Arbeitsumgebung zu beiden Zeitpunkten mittels PES-NWI & signifikante Unterschiede der 	<p>der «Staffing and Resource Adequacy subscale (p=0.06).</p> <p>Unterschiede zwischen Pflegequalität und Patientenoutcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1999 keine signifikanten Unterschiede. - 2006 massive Unterschiede bis auf FTR. <p>-30 Tage Sterblichkeitsrate signifikant tiefer in emerging Magnet Spitälern (1.28 vs 1.51 p=0.05)</p> <p>- Pflegequalität und Einschätzung der Selbstständigkeit durch die Pflegenden nach Austritt, sowie Fähigkeit in die Führung der Pflegenden in schwierigen Situationen zu unterstützen, in Magnet Spitälern höher.</p> <p>Burnoutraten: Magnet 29.7 vs 38.4 = p <0.001), Arbeitszufriedenheit 21.2 vs 30.9 = p<0.001, und Absicht Arbeitgeber zu verlassen 8.9 vs 13.4= p 0.01.</p> <p>Outcomes difference model zwischen Magnet und Non Magnet: 30 Tage chirurgische Mortalitätsrate und FTR 2.4 weniger Tode pro 1000 Patienten</p> <p>Regressionskoeffizienten bezüglich Veränderung der Patienten und Nurse Outcomes assoziiert mit Magnet Recognition:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surgical Mortality 2.4 weniger Tote per 1000 p <.01 	<p>Outcomes resultieren, welches wiederum die Kosten langfristig gesehen stark senken könnte.</p> <p>Die Annahme, dass Magnethospitals bereits vor der Recognition von höherer Qualität sind, hat sich nicht bestätigt, es ist vermutlich der gesamte Prozess, der die Qualität erhöht.</p> <p><u>Limitationen:</u></p> <p>- Stichprobe eines Bundesstaats zu 2 Zeitpunkten, nur 11 emerging Magnets. Aktuell 23 Magnets. Evt wurde der Effekt in der Studie daher unterschätzt.</p> <p>- Magnets evt nicht repräsentativ für ländliche Spitälern</p> <p><u>Empfehlung:</u> Forschung, welche einen besseren Kausalschluss ermöglicht, mit</p>
--	--	---	--

	<p>Veränderung Spitälern mittels T-Test berechnet. Anschliessend mittels einem Zwei-Perioden Differenzmodell untersucht, ob zwischen NonMagnet und emerging Magnet signifikante Unterschiede bestehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelle für Patient und Nurse Outcomes wurden für den Ausgangswert angepasst und entsprechend der Anzahl der Pflegekräften oder Anzahl der Patienten über die beiden Jahre gewichtet. - Effekt des Magnet Recognition Status und Veränderung bezüglich Arbeitsumgebung und deren Auswirkungen auf Outcomes -> konnte aufgrund der Korrelation der beiden Variablen nicht genauer untersucht werden. Daher wurde diesbezüglich nur der Magnet Status inkludiert. - Analyseprogramm: SAS 9.3. <p>Ethik: keine Infos zur Ethik</p>	<ul style="list-style-type: none"> - FTR in Magnet 6.1 weniger Tote per 1000 Pat $p=0.02$ - Pflegequalität durch Pflegende gemessen, «exzellent» wurde mehr angegeben ($p<.001$) - Konfidenz bezüglich Management Unterstützung $p<0.001$) ebenfalls signifikant höher als in nicht Magnet. - Reduktion Burnout, Unzufriedenheit und Wille den Arbeitgeber zu verlassen ebenfalls tiefer. - Tabellarischer und schriftlicher Form 	<p>Daten über einen längeren Zeitraum.</p> <p><u>Sponsor:</u> American Nurse Foundation & Robert Woods Foundation</p>
--	---	---	---

Würdigung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine wichtige pflegerische Frage (sowie auch für den Patienten), die aufgrund der Investition auch wichtig für die exekutiven Mitgliedern der Institution ist.</p> <p>Die Forschungsfrage wird mehr als Ziel beschrieben, ist aber verständlich.</p> <p>Das Thema wird mit der Literatur klar dargestellt, vorallem der Forschungsbedarf wird klar benannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Forschungsprozess wurde anhand des EMED-Rasters nachvollziehbar dargelegt. - Interessenskonflikte werden nicht dargelegt. - Ein Literaturverzeichnis ist vorhanden. - Die Finanzierung der Studie wurde erwähnt. - Die Expertise der Autoren wird dargelegt. - Das Journal veröffentlicht originelle, von Experten begutachtete Arbeiten, die die aktuellsten Entwicklungen im sich schnell verändernden Bereich des Gesundheitswesens dokumentieren. Diese zeitgemäße Zeitschrift berichtet über die Ergebnisse von 	<p><u>Design:</u> Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem Design ist vorhanden, da die Forschenden Langzeitergebnisse erforschen wollen, scheint die Sekundäre Datenanalyse passen zu sein. Die interne Validität ist gegeben, die Daten wurde bereits in den Originalstudien für die gleichen Fragen genutzt.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Die Stichprobe ist für das Design angebracht und für die Zielgruppe repräsentativ, dies wurde auch mittels Untersuchung der demographischen Daten gewährleistet. Es wurden daher auch mindest Antwortzahlen für Pflegende/Spital festgelegt.</p> <p>Die Stichprobe der Patienten wird aufgrund der Charakteristiken ebenfalls begründet.</p> <p>Es nehmen nur 11 «emerging magnets» teil, von insgesamt 136 Spitälern, was nicht verhältnismässig ist. Dies könnte die Resultate beeinflussen.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Die Datenerhebung ist nachvollziehbar, und wurde bei den Teilnehmenden gleich erhoben. Zusätzlich wurde ein «Non Respond survey» durchgeführt, um sicher zu stellen, dass diese die Resultate nicht beeinflussen.</p> <p><u>Messung:</u> Die verwendeten Messinstrumente sind valide und reliabel und werden im Text begründet.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Das Vorgehen der Analyse wird im Text erläutert. Für die verschiedene Variablen wurden unterschiedliche, passende Analyseverfahren gewählt.</p> <p>T-Test: eignet sich um die signifikanten Veränderungen der zwei Gruppen zu testen</p> <p>Fixed effects difference model: Eignet sich um die ungemessenen Charakteristiken zu kontrollieren.</p> <p>Schwächen in der Analyse werden aufgezeigt (Kollinearität).</p>	<p>Die Ergebnisse werden in tabellarischer Form aufgezeigt, sind korrekt beschriftet und im Text präzise erklärt.</p>	<p>Die Resultate werden diskutiert. Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein. Die Forschenden stützen und vergleichen ihre Resultate mit vorhandenen Studien. Limitationen werden nicht gross benennt.</p> <p>Nach alternativen Erklärungen wird nicht gesucht.</p> <p>Die Studie ist sinnvoll, Schwächen wurden in der Analyse bereits kurz beschrieben. Die Forschenden kritisieren auch das Sample der Spitälern, da das Verhältnis zwischen Magnet und Non Magnet sehr unterschiedlich ist.</p> <p>Die Studie könnte in einem ländlichen Gebiet vermutlich nicht reproduziert werden, da Magnet Spitäler grosse, technologische Institutionen sind.</p>

Originaluntersuchungen zu Fragen der Forschung, Planung, Organisation, Finanzierung, Bereitstellung und Bewertung von Gesundheitsdiensten.	<p>Die statistischen Angaben erlauben eine Beurteilung, das Signifikanzniveau wird in den Ergebnissen erläutert und bewertet.</p> <p>Ethik: Keine Angabe zu den ethischen Aspekten. Vermutlich wurde dies in den Studien, aus denen die Daten genommen wurden, benannt. Man hätte noch beschreiben können, wie mit den Daten umgegangen wurde.</p>		
--	--	--	--

Güte/ Evidenzlage: Nach Di Censo befindet sich die Studie auf dem untersten Level, da es sich um eine Single Studie handelt.

Objektivität, Reliabilität, Validität: Die Studie ist aufgrund des Designs auf vorhandene Daten angewiesen. Die Messinstrumente sind alle valide, somit scheint die Objektivität gegeben zu sein. Die Ergebnisse sollten auch durch ein anderes Forschungsteam reproduzierbar sein. Das Forschungsdesign ist auf die Forschungsfrage passend. Insgesamt scheint die Studie von guter Qualität zu sein.

Referenz: Lacey, S.R., Cox, K.s., Lorfing, K.C., Teasley, S.L., Caroll C.A., & Sexton, K. (2007). Nursing Support, Workload, and Intent to Stay in Magnet, Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Hospitals. The Journal of Nursing Administration 37/4 P199-205

Zusammenfassung der Studie			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u></p> <p>Zu Beginn bot das Magnet-Programm eine Vorlage für die Organisation und Unterstützung von Pflegenden mit einem professionellen Arbeitsumfeld.</p> <p>Diese frühe Arbeit basierte auf der Literatur, dass die Bindung von Pflegepersonal wahrscheinlicher ist, wenn sie in einer Umgebung arbeiten welche die professionelle Pflegepraxis in stationären Einrichtungen fördert. Der Magnet-Status ist ein Gütesiegel für Organisationen, welche nicht nur ein positives Arbeitsumfeld für Pflegende, sondern auch bessere Ergebnisse für die Patienten erzielen. Die Bewertungskriterien für die Erlangung des Magnet Status sind in den "Scope of Standards for Nurse Administrators" der American Nurses Association beschrieben.</p> <p><u>Forschungsfrage/Ziel:</u></p> <p>Diese Studie untersuchte die Unterschiede zwischen den Bewertungen der Pflegenden</p>	<p><u>Design:</u> Sekundäre Querschnittsdatenanalyse</p> <p><u>Stichprobe:</u></p> <p>N = 3.337 registrierte Krankenschwestern aus 15 Einrichtungen, 11 geographisch unterschiedlichen Staaten und 292 Abteilungen</p> <p><u>Datenerhebung:</u></p> <p>Sekundäre Datenanalyse, wurde auf Daten vom Jahr 2003 -2005 beschränkt.</p> <p>Das Pflegepersonal wurde zur Teilnahme eingeladen und auf eine sichere Website geleitet, um an der Umfrage teilzunehmen. Die Child Health Corporation of America (CHCA) unterstützte die Rekrutierung der Einrichtungen als Service für ihre Mitglieder.</p> <p>Definitionen der drei Gruppen:</p> <p>Magnet: Eine Einrichtung mit Magnet-Status zum Zeitpunkt der Durchführung des IWPS</p> <p>Magnet anstrebend: Eine Organisation, die formell die Absichten und beginnenden</p>	<p><u>Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 93% der Teilnehmer waren Frauen - 49% waren Baby Boomer, geboren zwischen 1946 und 1964 - 49% hatten einen Bachelor-Abschluss - 38% und 48% arbeiteten seit 1 bis 5 Jahren. in derselben Institution - Die größte Anzahl der Teilnehmer waren seit mehr als 15 Jahren in der Pflege tätig - 72% arbeiteten Vollzeit - 2 Magnet-, 10 Magnet-anstrebend und 3 Nicht-Magnet-Einrichtungen. Davon waren 6 Einrichtungen pädiatrisch <p><u>Zentrale Ergebnisse:</u></p>	<p><u>Diskussion & Interpretation:</u></p> <p>Bei der ursprünglichen Stichprobe von registrierten Pflegenden handelt es sich um eine Zufallsstichprobe, weshalb die Verallgemeinerbarkeit dieser Ergebnisse eingeschränkt ist. Allerdings ist die Vielfalt der Regionen, Größen und Arten von Institutionen, in dieser Stichprobe enthalten.</p> <p>Die Ergebnisse zeigen, dass das Magnet-Anerkennungsprogramm erfolgreich sein Ziel erreicht hat, das Arbeitsumfeld für Pflegende zu verbessern. Mit dem IWPS identifizierte Defizite können der Einrichtung helfen, Ressourcen zu sparen, um die größten Bedürfnisse des Pflegepersonals anzugehen, anstatt einen eher pauschalen Ansatzes.</p> <p><u>Schlussfolgerung:</u></p> <p>Besonders erwähnenswert ist, dass die Unterstützung durch Manager in allen drei</p>

<p>in Bezug auf organisatorische Unterstützung, Arbeitsbelastung, Zufriedenheit und Bleibeabsicht zwischen Magnet-, Magnet-Anstrebende- und Nicht-Magnet-Spitälern.</p> <p>1. Gibt es signifikante Unterschiede bei den Subskalenwerten zu Manager, Mitarbeiter, Unterstützung auf der Station, Arbeitsbelastung, Bleibeabsicht und Zufriedenheit des Pflegepersonals zwischen diesen 3 Krankenhaustypen?</p> <p>2. Wenn signifikante Unterschiede gefunden werden, welche 2 Arten von Einrichtungen hatten die signifikantesten Unterschiede?</p> <p>3. Ist der IWPS ein glaubwürdiges Werkzeug für Führungskräfte in der Pflege, um das Pflegeumfeld der Organisation zu bewerten</p> <p>der Organisation zu nutzen, entweder als Vorbereitung für die Magnet-Reise oder als Werkzeug zur Neubewertung des Umfelds nach Erreichen des Magnet-Status?</p>	<p>Vorbereitungen zur Erlangung des Magnet-Status zum Zeitpunkt der Durchführung des IWPS.</p> <p>Nicht-Magnet: Eine Organisation, ohne Aktivitäten im Zusammenhang mit der Erlangung des Magnet-Status zu</p> <p>zum Zeitpunkt der Durchführung des IWPS</p> <p><u>Messverfahren & Interventionen:</u></p> <p>Individual Workload Perception Scale (IWPS), eines 32-Item-Likert-Skala -> Ein umfassender Bericht über die Entwicklung, das Testen und die psychometrischen Eigenschaften des IWPS ist in einem bereits veröffentlichten Artikel beschrieben. Der theoretische Rahmen, für die Entwicklung des IWPS war die Maslowsche Bedürfnishierarchie.</p> <p>Die Ergebnisse der aktuellen Studie zeigten, dass die «Koeffizienten» aller Subskalen zwischen .61 und .91 lagen.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>SPSS 12.0 -> Deskriptive Statistik wurde verwendet, um die demographischen Daten der Studienteilnehmer und der teilnehmenden Einrichtungen zu charakterisieren.</p> <p>ANOVA-> Varianzanalyse wurde durchgeführt, um Unterschiede im Median der Subskalen des IWPS anhand der 3 Organisationsgruppen. Anova zeigt an, dass es Unterschiede zwischend den Gruppen gibt; aber nicht genau wo diese sind. Diese werden mit dem Tukey-Post-hoc herausgefiltert.</p> <p>Post-hoc-Vergleiche -> wurden mit allen signifikanten ANOVAs durchgeführt, wobei der</p>	<p>Die ANOVA-Ergebnisse zeigen, dass Pflegende welche in Magnet-Spitälern arbeiten signifikant mehr positive Wahrnehmungen der Unterstützung für Pflegende haben als Pflegende, welche in nicht oder Magnetanstrebenden Spitälern arbeiten.</p> <p>Alle Subskalen des IWPS waren signifikant besser für die Magnet-Einrichtungen</p> <p>als in den Magnet-anstrebenden Einrichtungen, und die Magnet-anstrebenden Einrichtungen hatten bessere Mittelwerte als</p> <p>die Nicht-Magnet-Einrichtungen.</p> <p>Kein signifikanter Unterschied zwischen Magnet aspiring und non Magnet bezüglich «manager support» und «intent to stay».</p> <p>Die Ergebnisse der Tukey-Post-Hoc-Tests zeigen, dass von den 18 geplanten Vergleichen, 13 statistisch signifikant auf dem</p> <p>.000-Niveau blieben.</p> <p><u>Darstellung:</u></p> <p>Die Resultate wurden anhand vom Text erläutert</p>	<p>Einrichtungstypen die niedrigsten Durchschnittswerte aufweist. Durch einen einfachen Zugang zu einer Pflegedienstleitung kann die Zufriedenheit der Pflegend erhöht werden. Die Pflegenden benötigen die Sicherheit, dass sie bei Problemen während ihrer Schicht einen Fürsprecher und Ansprechpartner haben, welcher berät und unterstützt.</p> <p>Sobald die Magnet-Anerkennung erreicht ist, wird eine kontinuierliche Überprüfung empfohlen, um sicherzustellen, dass das Arbeitsumfeld weiterhin positiv ist und die allgemeinen Ziele des Magnet-Modells langfristig aufrechterhalten werden.</p> <p>Aufgrund der Herausforderungen im Gesundheitswesen v.a. in Bezug auf finanzielle Beschränkungen, ist es die Aufgabe der Führungskräfte angemessener, gezielter Ressourcen für den Pflegealltag bereitzustellen. Die Bindung von Pflegenden ist entscheidend, da besser ausgebildete Pflegende eine sichere Pflege und bessere Patientenergebnissen ermöglichen.</p> <p>Das IWPS hat sich als ein valides und reliables Instrument erwiesen.</p>
--	--	---	--

	<p>dem Tukey-Post-Hoc-Test durchgeführt, um zu bestimmen, welche Gruppen für diese Signifikanz verantwortlich sind.</p> <p><u>Ethik:</u></p> <p>Genehmigung der Studie durch das institutionelle Review Board jeder teilnehmenden Einrichtung sowie in der Institution, sowie der Einrichtung die die Studie koordinierte. Die Pflegenden wurden zur Teilnahme eingeladen und auf eine sichere Website geleitet, um an der Umfrage teilzunehmen.</p>	und in 5 Tabellen dargestellt.	
--	---	--------------------------------	--

Kritische Würdigung			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u> Kurze, verständliche Einführung in das Thema des Magnet-Models.</p> <p><u>Bezugsrahmen:</u> Die Einleitung, sowie die Relevanz vom Thema wurde anhand von empirischen Daten festgehalten. Es wurden Daten bis zurück zum Jahr 1999 verwendet, der Argumentationsaufbau ist logisch.</p> <p><u>Forschungsfrage:</u> Es wurden drei relevante Forschungsfragen dargelegt, sowie das Forschungsziel erläutert. Die Relevanz für den Praxisalltag, sowie die Bachelorarbeit ist vorhanden.</p> <p>-Der Forschungsprozess wurde anhand des EMED-Rasters nachvollziehbar dargelegt.</p> <p>- Interessenskonflikte wurden nicht dargelegt, es sind jedoch keine offensichtlichen Interessenskonflikte erkennbar</p> <p>- Ein Literaturverzeichnis ist vorhanden.</p> <p>- Die Expertise der Autoren wird dargelegt</p> <p>- Das Journal ist peer-reviewed</p>	<p><u>Design:</u> Das gewählte Design wurde nicht klar erläutert, anhand der Forschungsfrage, kann von einer sekundären Querschnittsdatenanalyse ausgegangen werden. <u>Stichprobe:</u> Zum Sample wurden anhand von einer Zufallsstichprobe ausgewählt, weshalb eine Verallgemeinerbarkeit erschwert ist. Jedoch ist die Vielfalt der Regionen, Größen und Arten von Institutionen gewährleistet. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden nicht beschrieben.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Sekundäranalyse vom Jahr 2003-2005. Die Autoren waren der Meinung, dass dieser Zeitraum akzeptabel ist, da keine signifikanten Änderungen in der Gesundheitsbranche aufgetreten sind, insbesondere radikale personelle Veränderungen. Bei der Primärstudie handelt es sich um ein laufendes Projekt, das demographische Daten über die Einrichtung und die Charakteristika der Pflegebeteiligten sowie über IWPS erfasste. Die Datenerhebung wurde nicht detailliert beschrieben, da es sich um eine sekundäre Datenanalyse handelt.</p> <p><u>Messverfahren/ Intervention:</u> Die Validität und Reliabilität vom IWPS ist gegeben. Die Auswahl des Instruments, sowie das Instrument an sich wurde beschrieben.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>Die Datenanalyse ist verständlich beschrieben. Die SPSS 12.0, ANOVA, Post-hoc-Vergleiche Tukey-Post-Hoc-Test wurden aufgezeigt und die Auswahl begründet.</p> <p><u>Ethik:</u> Eine Genehmigung zur Verwendung der Daten wurde eingeholt. Durch die freiwillige</p>	<p>Die drei Fragestellungen konnten anhand der erhobenen Daten beantwortet werden.</p> <p>Die Zielsetzung wurde erreicht.</p> <p>Die Ergebnisse wurden anhand von den Tabellen detailliert aufgezeigt und anhand vom Text unterstrichen. Die Tabellen sind detailliert und selbsterklärend dargestellt.</p> <p>Es wurde nicht beschrieben, ob die Pflegenden über die Forschungsfrage informiert wurden; evt. Responsebias/Hawthorne Effekt?</p>	<p>Die Resultate wurden kritisch beurteilt, hinterfragt und mit weiteren Autoren und Studien unterstrichen. Der Bezug zur Praxis wurde gemacht.</p> <p>BIAS wurde ausgeschlossen, es wurde eine erneute Analyse ohne die Pädiatriepflegenden durchgeführt, da diese 44% des Gesamtsamples ausmachen. Die Signifikanz blieb unverändert.</p> <p>Die Studie ist reproduzierbar.</p> <p>Praxisempfehlungen und weiterer Forschungsbedarf wurde genannt.</p> <p>Limitationen wurden genannt.</p>

	Teilnahme, kann davon ausgegangen werden, dass ein Informed Content stattgefunden hat.		
--	--	--	--

Güte/ Evidenzlage: Es handelt sich um einen primären Forschungsartikel handelt, nach DiCenso (2009) wird das unterste Evidenzlevel erreicht.

Objektivität, Reliabilität, Validität: Die Objektivität ist anhand des Forschungsdesigns, der Datenerhebung und Analyse gegeben. Die Reliabilität und Validität sind gegeben, da das

Forschungsdesign angemessen ist, es wurde gemessen worauf die Forschung abgezielt hat. Das IWPS ist valide und reliabel.

Die Studie weist eine gute Güte auf.

Referenz: Park, S. H., Gass, S., & Boyle, D. K. (2016). Comparison of Reasons for Nurse Turnover in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 46(5), 284–290

Zusammenfassung der Studie:			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u></p> <p>Die Fluktuation von Pflegenden ist ein grosses Problem in Spitälern, welche finanzielle Auswirkungen, sowie zu schlechten Patientenergebnissen führen kann.</p> <p><u>Forschungsfrage/Ziel:</u></p> <p>Fluktuationsgründe auf Abteilungsebene in Magnet- und Nicht-Magnet-Krankenhäusern vergleichen.</p> <p>Das Ziel dieser Studie ist die Identifizierung spezifischer Trennungsgründe von Pflegenden auf Abteilungen in Magnet- und Nicht-Magnet-Spitälern.</p>	<p><u>Design:</u></p> <p>Deskriptive Korrelationsstudie, cross-sectional study</p> <p><u>Stichprobe:</u></p> <p>N = 2958 Abteilungen 479 US-Spitäler 2958 Abteilungen</p> <p><u>Datenerhebung:</u></p> <p>Sekundäranalyse vom Jahr 2013, National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nicht-Magnet-Spitäler (73.5%), Magnet-Spitäler (26.5%) - kleine, mittelgrosse & grosse Spitäler - Ausbildungs- (58,2%) und nicht Ausbildungsspitäler (41.8%) <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nur Abteilungen welche Daten zur Fluktuation von Pflegekräften erhoben haben - Limitierung auf 5 Abteilungstypen (Intensiv-, Step-down-, medizinische-, chirurgische-, 	<p><u>Ergebnisse:</u></p> <p>Auf Magnet-Abteilungen waren die auf das Arbeitsumfeld bezogenen Fluktuationsgründe: Personalausstattung/Arbeitsbelastung und eine neue Position mit einem besseren Arbeitsplan statistisch höher als in den Nicht-Magnet-Einheiten.</p> <p>Nicht-Magnet-Abteilungen zeigten signifikant niedrigere Fluktuationsraten</p> <p>durch nicht Arbeitsumfeld bezogenen Grund, Umzug des Ehepartners</p> <p>Auf die Arbeitsumgebung bezogene Gründe war der zweithäufigste Fluktuationsgrund, 15 % der RN-Fluktuationen.</p> <p>Nicht-Magnet-Einheiten zeigten einen höheren Prozentsatz an Arbeitsumfeld bezogenen Gründen.</p> <p>Die Ränge der primären Fluktuationsgründe waren</p>	<p><u>Diskussion und Interpretation:</u></p> <p>Abteilungen in Spitälern ohne Magnet-Status weisen eine signifikant höhere Pflege-Fluktuationsraten auf als Magnet-Abteilungen.</p> <p>Pflegende-Fluktuation aufgrund vom Arbeitsumfeld sind höher in nicht-Magnet-Abteilungen.</p> <p>Diese Ergebnisse lieferten weitere Beweise, dass nicht-Magnet-Abteilungen wahrscheinlich eine höhere Fluktuationsrate von Pflegenden aufgrund des allgemeinen Arbeitsumfelds, insbesondere der Personalausstattung/Arbeitsbelastung und der Erlangung einer Position mit wünschenswerterem Arbeitsplan zusammenhängt.</p> <p>Die Studienergebnisse stärken die Evidenz, dass Magnet-Spitäler niedrigere Raten von Pflegenden-Fluktuationen haben und die Fluktuation aufgrund des Arbeitsumfeldes ebenfalls geringer ist.</p>

<p><u>Argumente für Forschungsbedarf:</u></p> <p>Geringere Fluktuationsrate von Pflegenden in Magnet Krankenhäusern ist gut dokumentiert.</p> <p>Wenig Informationen über spezifische Kündigungsgründe und Fluktuation vorhanden und ob Unterschiede von Magnet- und Nicht-Magnet-Krankenhäusern vorhanden sind. Wenig Forscher haben Analysen zur Fluktuation von Pflegenden auf der Abteilungsebene obwohl ein schlechtes Arbeitsumfeld auf der Abteilung oft als wichtiger Faktor für die Fluktuation angeführt wurde.</p>	<p>medizinisch-chirurgische Abteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur Pflegende (RNs) die mehr als 50 % ihrer Zeit direkt an der Patientenversorgung beteiligt sind <p><u>Messverfahren & Interventionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - NDNQI monatliche Datenerhebung auf den Abteilungen zur Fluktuation von Pflegenden und den primären Trennungsgründen (9 primäre Gründe die mit dem Arbeitsumfeld zusammenhängen: Personalausstattung/ Arbeitsbelastung, Vergütung/ Bezahlung, Unzufriedenheit / Konflikt mit Teammitgliedern, Unzufriedenheit / Konflikt mit dem Management; Unzufriedenheit mit der Arbeitsumgebung, arbeitsbedingte Verletzungen, Behinderungen oder Krankheiten, Unfähigkeit voranzukommen, Mangel an Respekt, Position mit einem wünschenswerteren Arbeitsplan - Der Magnet-Status wurde als Vergleichsvariable für die deskriptive Analyse und als unabhängige Variable in Regressionsanalysen verwendet. Der Magnet-Status wurde auf der ANCC-Magnet-Website überprüft. <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>Wilcoxon-Mann-Whitney-Rangsummentest -> Vergleiche zwischen Magnet und Nicht-Magnet-Spitalabteilungen</p>	<p>die gleichen in Nicht-Magnet-Einheiten und Magnet-Einheiten</p> <p>Der dritthäufigste Grund war die Erlangung einer Beförderung oder eines Karriereaufstieg und machten 57,72% der</p> <p>der Gesamtfuktuation in Nicht-Magnet-Abteilungen und 58,1% der Magnet-Abteilungen aus</p> <p>Nicht-Magnet-Einheiten hatten 1,544-mal höhere Raten von Pflegenden-Fluktuation aufgrund der allgemeinen Arbeitsumgebung im Vergleich zu Magnet-Einheiten (P = .042)..</p> <p>Nicht-Magnet-Abteilungen haben eine 4,684-mal höhere Fluktuationsrate von Pflegekräften</p> <p>aufgrund von Personalausstattung und Arbeitsbelastung (P = .007)</p> <p><u>Zentrale Ergebnisse:</u></p> <p>Signifikanter Unterschied (z = 2.013, P = .044). in Fluktuationsraten- und Gründen je nach Magnet-Status.</p> <p>Mittelwert der totalen Pflegenden-Fluktuation ist auf Nicht-Magnet-Abteilungen höher (27.22) als auf Magnet-Abteilungen (19.65)</p> <p>Die Fluktuationsrate im Zusammenhang mit dem Arbeitsumfeld (9 Gründe) ist bei nicht-Magnet-Abteilungen signifikant höher(z = 3.143, P = .002)</p> <p>Zusammenhang Magnet Status und Fluktuation: Bessere Arbeitsplanung,</p>	<p>Gründe, die mit dem Arbeitsumfeld zusammenhängen, machten etwa 17% der Fluktuation auf Stationen in Krankenhäusern ohne Magnetstatus und etwa 14% in Abteilungen von Magnet-Krankenhäusern. Um</p> <p>Um die Fluktuationsraten zu reduzieren, müssen Pflegeadministratoren in</p> <p>Magnet- als auch in Nicht-Magnet-Krankenhäusern kontinuierlich an der Verbesserung des Arbeitsumfelds auf den Stationen arbeiten,</p> <p>insbesondere die Verbesserung der Personalausstattung und der Arbeitsbedingungen sowie die Verbesserung der Arbeitsplanung</p> <p>Es wurden nur NDNQI-Spitäler und nur 5 Abteilungstypen einbezogen. Daher sind die Studienergebnisse</p> <p>nicht für alle Spitäler und Abteilungen repräsentativ.</p> <p>Die Berichte der Pflegenden über die Fluktuationsgründe möglicherweise nicht genau. Einige Pflegende gaben keinen Grund an. Potenzielle Ungenauigkeit und fehlende Daten können zu Messverzerrungen führen.</p> <p><u>Schlussfolgerung:</u></p> <p>Auf der Grundlage der Ergebnisse</p> <p>Ist erkennbar, dass die Arbeitsumgebung ein wichtiger Faktor ist, welcher die Fluktuation von Pflegekräften beeinflusst.</p>
---	---	---	---

	<p>Poisson Regression-> Identifikation von spezifischen Fluktuationsgründen assoziiert mit dem Magnetstatus</p> <p>Regressionsanalyse-> Kontrollvariable für Spitalmerkmale/-grösse</p> <p>Stata Version 14.0 -> Auswertung von Statistiken</p> <p>Die statistischen Tests wurden mit Signifikanzniveau .05 verwendet.</p> <p><u>Ethik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausnahmegenehmigung durch das Human Subjects Committee der Forschungseinrichtung - Das National Quality Forum (NQF) befürwortete freiwilligen Umsatz. 	<p>weniger hohe Belastung, mehr Pflegende</p> <p><u>Darstellung:</u></p> <p>Die Resultate wurden in 3 Tabellen dargestellt</p>	<p>Pflegedienstleiter von Spitälern, die nicht den Magnet-Status haben, sollen eine Verbesserung der Flexibilität der Arbeitszeiten, Personalausstattung und Arbeitsbelastung als Bereiche anstreben, um die Fluktuationsrate zu senken. Dasselbe gilt für Magnet-Spitäler.</p> <p>Mehr Forschung und Datenerhebung sind erforderlich, um die genauen Gründe für die Fluktuation zu identifizieren.</p>
--	---	--	---

Würdigung der Studie			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u> Kurze, verständliche Einführung in das Thema der Fluktuation von Pflegenden.</p> <p><u>Bezugsrahmen:</u> Die Einleitung, sowie die Relevanz vom Thema wurde anhand von empirischen Daten festgehalten. Es wurden Daten bis zurück zum Jahr 2001 verwendet, der Argumentationsaufbau ist logisch.</p> <p><u>Forschungsfrage:</u> Die Forschungsfrage wurde nicht klar dargelegt, kann jedoch vom Ziel abgeleitet werden. Die Relevanz für den Praxisalltag, sowie die Bachelorarbeit ist vorhanden.</p> <p>-Der Forschungsprozess wurde anhand des EMED-Rasters nachvollziehbar dargelegt.</p> <p>- Interessenskonflikte werden dargelegt.</p> <p>- Ein Literaturverzeichnis ist vorhanden.</p> <p>- Die Autoren nennen, dass kein Interessenskonflikt vorhanden ist.</p> <p>- Die Expertise der Autoren wird dargelegt</p> <p>- Das Journal ist peer-reviewed</p>	<p><u>Design:</u> Das gewählte Design eignet sich zur Beantwortung der Fragestellung.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Das Sample anhand von, Ein- und Ausschlusskriterien detailliert beschrieben. Eine heterogene Verteilung bezüglich Spitalgrösse, Magnet- und Nicht-Magnet-Spital (Verhältnis ausgeglichen) und Ausbildungsstandard wurde berücksichtigt. Lediglich 5 Abteilungstypen wurden eingeschlossen. Drop outs wurden beschrieben.</p> <p><u>Datenerhebung:</u></p> <p>Sekundäranalyse vom Jahr 2013, NDNQI ist ein Datenspeicher von 1900 Spitäler national (US) und international, erhebt Daten zu pflegebezogenen Indikatoren auf Abteilungs- und Spitalebene. Datenerhebung wurde nicht differenziert dargelegt, da dies eine Sekundäranalyse ist.</p> <p><u>Messverfahren/ Intervention:</u></p> <p>Die NQF-Kriterien wurden zur Qualitätssicherung berücksichtigt: Wichtigkeit für die Messung und Berichterstattung, wissenschaftliche Akzeptanz Machbarkeit, Verwendbarkeit und Nutzung. Das Signifikanzniveau wurde von den Forschenden festgelegt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u></p> <p>Die Datenanalyse ist verständlich beschrieben. Der Wilcoxon-Mann-Whitney-Rangsummentest, Poisson-Regression und Regressionsanalyse werden detailliert aufgezeigt und die Auswahl begründet</p> <p><u>Ethik:</u> Es wurde eine Ausnahmegenehmigung zur Verwendung der Daten eingeholt.</p>	<p>Die erhobenen Daten konnten die Fragestellung beantworten und die Zielsetzung wurde erreicht. Die Ergebnisse wurden anhand von den Tabellen detailliert aufgezeigt und anhand vom Text unterstrichen. Die Tabellen sind detailliert und selbsterklärend dargestellt.</p>	<p>Gemeinsamkeiten und Unterschiede wurden aufgezeigt.</p> <p>Weitere Praxisempfehlungen und weiterer Forschungsbedarf wurde genannt. Limitationen wurden genannt.</p> <p>Response Bias? Forschende beschreiben dass die Pflegenden evt nicht akkurat antworteten.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Da es sich um einen primären Forschungsartikel handelt, wird nach DiCenso (2009) das erste Evidenzlevel erreicht.

Objektivität, Reliabilität, Validität: Die Objektivität ist anhand des Forschungsdesigns, der Datenerhebung und Analyse gegeben. Das Korrelationsdesign eignet sich, um zu sehen ob Magnet Spitäler einen Einfluss auf den Turnover haben. Kausale Aussagen können mit diesem Design aber nicht gemacht werden. Whitney-Rangsummentest eignet sich in diesem Fall gut, da die Forschenden Zusammenhänge zwischen Magnet und Non Magnet erkennen wollen. Evt. Hawthorne Effekt da die Pflegenden wissen dass sie an einer Studie teilnehmen?

Die Reliabilität und Validität sind gegeben, da das Forschungsdesign angemessen ist, es wird die Fluktuation von Pflegenden in Magnet- und Nicht-Magnet-Spitälern gemessen, worauf die Forschung abgezielt hat. Einige Instrumente sind valide und reliabel.

Referenz: Trinkoff, A.M., Johantgen, M., Storr, C.L., Han, K., Liang, Y., Gurses, A.P. & Hopkinson, S. (2010). A Comparison of Working Conditions Among Nurses in Magnet and Non-Magnet Hospitals.

Zusammenfassung der Studie			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u></p> <p>Hohe Fluktuation und geringe Bindung von Pflegekräften sind ein grosses Problem in den US.</p> <p>Verschiedene Faktoren beeinflussen Fluktuation der Pflegenden: lange Arbeitszeiten, hohe psychische und physische Belastung, wenig förderliches Arbeitsumfeld.</p> <p><u>Forschungsfrage/Ziel:</u></p> <p>Arbeitsbedingungen einschliesslich des Zeitplans, Arbeitsanforderungen und der Praxisumgebung von Pflegefachpersonen zwischen Magnet- und Nicht-Magnet-Krankenhäusern zu testen. Hypothese: Magnet-Spitäler konzentrieren sich auf die Organisation als auf die einzelne Pflegenden, was darauf hindeutet, dass die Anforderungen der Pflegenden in Magnet-Spitälern ebenfalls vorhanden sind.</p> <p><u>Theoretischer Bezugsrahmen:</u></p>	<p><u>Design:</u> Sekundäre Querschnittsdatenanalyse</p> <p><u>Stichprobe:</u></p> <p>Ursprüngliche Studie hat 5000 aktiv lizenzierte Pflegenden eingeladen, 4229 wurden verschickt. 2617 (61.9%) waren die Basiskohorte, Ausschluss in der dritten Welle (n= 2156)</p> <p>Stichprobe: (n=837) von 171 Krankenhäusern, 95% weibliche Pflegenden, Durchschnittsalter 45 Jahre, 14 Magnet und 157 nicht-Magnet-Krankenhäuser, 162 Magnet-Pflegenden, 675-nicht-Magnet-Pflegenden</p> <p>Ausschluss: Rentner und Pflegenden die nicht im Akutkrankenhaus arbeiten.</p> <p><u>Datenerhebung:</u></p> <p>Querschnitts Sekundärdatenanalyse vom Jahr 2004 (Nurses Worklife and Health)</p> <p><u>Messverfahren & Interventionen:</u></p> <p>Demographische Daten: Bildung, Abteilungsart, Arbeitsbedingungen</p> <p>Arbeitsplan: letzte 6 Monate wurden erfasst anhand Work-Schedule-Index.</p>	<p><u>Ergebnisse</u></p> <p>Wenige Unterschiede in den demographischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Familienstand</p> <p>Geschlecht, Familienstand, Bildungsniveau und Einheitstyp, zwischen Magnet- und nicht Magnet-Pflegenden – in Magnetspitäler weniger People of Color</p> <p>Insgesamt nur sehr wenige Unterschiede in Bezug auf Arbeitsbedingungen, psychische Arbeitsanforderungen</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede der Pflegenden in der Sicherheitskultur und allgemeinen Arbeitszufriedenheit,</p> <p><u>Zentrale Ergebnisse</u></p>	<p><u>Diskussion und Interpretation:</u></p> <p>Es wurden nur wenige Unterschiede gefunden. Dieses Ergebnis ist nicht völlig unerwartet, da das Magnet-Model sich auf Strukturen und Prozesse und nicht die Arbeitszeiten und Arbeitsanforderungen fokussiert.</p> <p>Ergebnisse zeigen, dass der Magnetstatus nicht zwingend bedeutet, dass bessere Arbeitsbedingungen geschaffen sind, obwohl die Arbeitsbedingung ein wichtiger Faktor der Bindung des Personals ist.</p> <p><u>Schlussfolgerung</u></p> <p>Krankenhäuser müssen attraktiver und funktional sein, wenn sie Pflegenden rekrutieren und halten wollen.</p> <p>Die Forschung soll sich darauf konzentrieren, womit die Arbeitsbedingungen der</p>

<p>348 US- Krankenhäuser und 4 internationale sind anerkannte Magnet-Krankenhäuser.</p> <p>Magnet- Pflegende bewerteten die Entscheidungsfindung, Kontrolle über die Praxis und die Arbeitszufriedenheit höher als Nicht-Magnet-Pflegende</p> <p>Magnet-Pflegende berichteten über ein unterstützendes Arbeitsumfeld,</p> <p>niedrigeres Burnout-Niveau und eine höhere Absicht im Beruf zu bleiben.</p> <p><u>Argumente für Forschungsbedarf:</u></p> <p>Das Magnet-Model hat sich von einer auf die Pflegebindung fokussierten Grundsatz zu einem Weg verändert, die Attraktivität eines Spitals sowohl für Verbraucher als auch</p> <p>das Pflegepersonal zu steigern. Studien haben gezeigt, dass die</p> <p>Kontrolle über die Praxis und die Arbeitszufriedenheit bei Pflegenden in Magnetspitälern höher ist. Pflegende in Magnet-Spitälern berichteten auch über ein unterstützendes Arbeitsumfeld, niedrigeres Burnout-Risiko und eine höhere Bleibabsicht. Jedoch sind viele Faktoren, wie beispielsweise der Vergleich von Arbeitsstunden, Arbeitsplan, Arbeitsbelastung unzureichend geprüft</p>	<p>Arbeitsanforderungen: erfasst anhand von Job Content Fragebogen, Dauer, Häufigkeit und Intensität der physischen Belastung anhand von 12 Items</p> <p>Arbeitsumfeld: beinhaltet Autonomie, Unterstützung, Kultur, Patientensicherheit, Arbeitszufriedenheit, anhand von Items aus Nursing Work Index Revised, Job Content Survey, Patient Safety Center of Inquiry Culture Survey und Hospital Survey on Patient Safety Culture.</p> <p>Allgemeine Arbeitszufriedenheit: anhand von einem Likert-Item</p> <p>Die Validität und Reliabilität der Messverfahren sind gegeben.</p> <p><u>Datenanalyse</u></p> <p>SPSS 15.0 -> univariate deskreptive, statistische Analysen</p> <p>T-Test-> kontinuierliche Variablen</p> <p>Pearson Chi2 -> kategorische Variablen</p> <p>Fischer exact test-> für Zellgrößen unter 5</p> <p>T-Test -> Bivariate Variable für lineare kontinuierliche Variablen</p> <p>Huber-White sandwich estimator of variance-> Robuste SEs und Varianzeinschätzung</p> <p><u>Ethik:</u></p> <p>Genehmigung des institutionellen Review Board für die Verwendung der Daten ist vorhanden</p>	<p>Geringere physische Anforderungen bei Magnet-Pflegenden $p = 0.034$</p> <p>Magnet-Pflegende machen weniger häufig obligatorische Überstunden und Bereitschaftsdienst, die Arbeitsstunden pro Tag/Woche sind identisch</p> <p>Signifikant weniger people of color Pflegende in Magnet-Krankenhäusern $P = 0.018$</p> <p><u>Darstellung</u></p> <p>Ergebnisse werden in 3 Tabellen dargestellt</p>	<p>und damit die Lebensqualität der Pflegekräfte verbessert werden können.</p>
--	---	---	--

Würdigung der Studie			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><u>Problembeschreibung:</u> Das Problem wurde in der Einleitung verständlich und literaturgestützt beschrieben.</p> <p><u>Bezugsrahmen:</u> Die Einleitung, sowie die Relevanz vom Thema wurde anhand von empirischen Daten festgehalten. Es wurden Daten bis zurück zum Jahr 1994 verwendet, der Argumentationsaufbau ist nachvollziehbar</p> <p><u>Forschungsfrage:</u> Das Ziel der Studie wurde klar dargelegt. Die Forschungsfrage wurde nicht aufgezeigt, kann anhand vom Ziel abgeleitet werden. Eine Hypothese ist im Text erkennbar.</p> <p>-Der Forschungsprozess wurde anhand des EMED-Rasters nachvollziehbar dargelegt.</p> <p>- Interessenskonflikte werden dargelegt.</p> <p>- Ein Literaturverzeichnis ist vorhanden.</p> <p>- Die Autoren danken für die teilweise Finanzierung durch das Center for Regulatory Excellence des National Council of State Boards of Nursing.</p>	<p><u>Design:</u> Das Studiendesign wurde beschreiben, die Querschnittsanalyse soll Strukturunterschiede zu einem einmaligen Zeitpunkt sichtbar machen. Das Design scheint für diese Fragestellung geeignet.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Das Sample wurde detailliert beschrieben. Die Stichprobengrösse ist angepasst, das Sample von 14 Magnetspitälern ist sehr klein im Verhältnis von Nicht-Magnet und Magnetspitälern ungleichmässig verteilt. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden beschrieben.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Sekundäranalyse vom Jahr 2004, von der Studie Nurses Worklife and Health. Datenerhebung wurde objektiv beschrieben.</p> <p><u>Messverfahren/ Intervention:</u> Die verschiedenen Messverfahren sind detailliert beschrieben und scheinen passend gewählt. Die Erfassung von demographischen Daten ist valide und reliabel. Die Validität von Job Content Questionnaire wurde beschrieben.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Die ausgewählten Analyseverfahren sind vollständig und verständlich beschrieben, die Auswahl wurde begründet. Die Analyseverfahren scheinen soweit beurteilbar sinnvoll.</p> <p><u>Ethik:</u> Eine Genehmigung zur Verwendung der Daten wurde eingeholt. Die Finanzierung der Studie wurde beschrieben, eine Verbindung zu der Forschung ist nicht erkennbar.</p>	<p>Die erhobenen Daten konnten die Fragestellung beantworten und die Zielsetzung wurde erreicht. Die Ergebnisse wurden anhand von den Tabellen detailliert aufgezeigt und anhand vom Text unterstrichen. Die Tabellen sind detailliert und selbsterklärend dargestellt.</p>	<p>Die Resultate werden kritisch beurteilt und anhand von anderen Studien untermauert.</p> <p>Die Wahrscheinlichkeit von Bias ist sehr klein.</p> <p>Die Reproduzierbarkeit der Studie ist gegeben.</p> <p>Die Limitationen werden ausführlich beschrieben.</p> <p>Die Autoren haben weitere Empfehlungen an die Praxis abgegeben.</p> <p>Die Hypothese wurde teils bestätigt, die Arbeit in einem Magnet-Spital meint nicht automatisch, dass Pflegende bessere Arbeitsbedingungen erfahren.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Die Expertise der Autoren wird dargelegt - Das Journal ist peer-reviewed 			
---	--	--	--

Güte/ Evidenzlage:

Da es sich um einen primären Forschungsartikel handelt, wird nach DiCenso (2009) das unterste Evidenzlevel erreicht.

Objektivität, Reliabilität, Validität: Die Objektivität ist anhand des Forschungsdesigns, der Datenerhebung und Analyse gegeben. Die Reliabilität und Validität sind gegeben, da das Forschungsdesign angemessen ist, es werden die Arbeitsbedingungen und Arbeitsumgebung von Pflegenden in Magnet- und Nicht-Magnet-Spitälern gemessen, worauf die Forschung abgezielt hat. Die gewählten Messinstrumente sind valide und reliabel, dies wurde auch spezifisch tabellarisch dargestellt und mit den Werten versehen. Die Studie weist eine sehr gute Güte auf.